

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 108

PANCRÉATITES CHRONIQUES AVEC ICTÈRE

CAUSES, DIAGNOSTIC et TRAITEMENT

VALEUR ET RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 18 Juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre MALLET-GUY

*Interne lauréat des Hôpitaux de Lyon
Aide d'Anatomie*



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

**PANCRÉATITES CHRONIQUES
AVEC ICTÈRE**

CAUSES, DIAGNOSTIC et TRAITEMENT

Valeur et résultats éloignés de la Cholécystogastrostomie

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 108

PANCRÉATITES CHRONIQUES AVEC ICTÈRE

CAUSES, DIAGNOSTIC et TRAITEMENT

VALEUR ET RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE LA

CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE



THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre MALLET-GUY

Interne lauréat des Hôpitaux de Lyon

Aide d'Anatomie



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, président ; PATEL, assesseur ;
COTTE et SANTY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Toute notre affection ne saura jamais reconnaître sa tendresse et son dévouement.

A MON MAÎTRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

Hommage de profonde reconnaissance et de respectueux attachement. Il fut pour nous le premier et le meilleur des Maîtres, et nous a prodigué, à toutes les heures tristes de notre existence, les marques d'une bonté agissante. Nous en gardons le souvenir fidèle et le prions de bien vouloir trouver ici, avec la fierté d'être son élève, un faible témoignage de la dette de gratitude que, depuis longtemps, nous avons contractée envers lui.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait, en nous acceptant parmi ses élèves. Nous lui sommes profondément reconnaissant de ses précieuses leçons et de l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter. Qu'il veuille voir, dans ce travail, un modeste hommage à la mémoire d'un Maître qui lui est cher.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE

Qui a bien voulu faire partie de notre jury de thèse et dont la bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie. Témoignage de respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

Qu'il nous permette de lui dire combien nous avons été touché de toujours rencontrer chez lui, avec une grande bienveillance, l'amitié la plus sûre. Nous sommes heureux de pouvoir lui renouveler ici l'expression de notre affectueuse reconnaissance et de notre profond dévouement.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX,

Externat

M. LE PROFESSEUR BERARD,
M. LE PROFESSEUR VILLARD,
M. LE DOCTEUR PLAUCHU,
M. LE DOCTEUR DELORE.

Internat

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CHALIER,
M. LE PROFESSEUR A. POLLOSSON
(*In memoriam*).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE,
M. LE PROFESSEUR TIXIER,
M. LE PROFESSEUR PATEL,
M. LE PROFESSEUR BERARD,
M. LE DOCTEUR DELORE,
M. LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND.

A MES MAÎTRES A LA FACULTÉ

Laboratoire d'anatomie

M. LE PROFESSEUR LATARGET,
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELACQUE,
M. LE DOCTEUR GALLOIS.

Laboratoire de chirurgie opératoire

M. LE PROFESSEUR VILLARD,
M. LE PROFESSEUR PATEL,
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER,
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE.

Laboratoire d'anatomie pathologique

M. LE PROFESSEUR PAVIOT,
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAVY.

PUBLICATIONS ANTÉRIEURES

Coexistence sur l'estomac de deux types de cancer : l'un tubulé typique, l'autre atypique colloïde. Propagation du cancer colloïde au pancréas, puis au côlon transverse. *Soc. Méd. Hôpitaux*, 14 mars 1922. *Lyon Médical*, 1922, CXXXI, 635-637. (En collaboration avec MM. les Docteurs J. Chalier et Joseph-F. Martin.)

Hernie ombilicale. Omphalectomie et cerclage de l'ombilic. *Soc. de Méd. et Sc. Méd.*, 17 mai 1922. *Lyon Médical*, 1922, CXXXI, 965-966. (En collaboration avec M. le Docteur Cotte.)

Ovarite sclérokyستique d'origine tuberculeuse. *Soc. de Méd. et Sc. méd.*, 17 mai 1922. *Lyon Médical*, 1922, CXXXI, 966-965. (En collaboration avec M. le Docteur Cotte.)

Deux cas rares d'occlusion du côlon gauche. *Soc de Méd et Sc. méd.*, 24 janvier 1923. *Lyon Médical*, 1923, CXXXII, 555-559. (En collaboration avec M. le Prof. Tixier et M. le Doct. Ph. Rochet.)

Hydronéphrose congénitale opérée par voie antérieure. *Soc. de Méd. et Sc. méd.*, 16 mai 1923. *Lyon Médical*, 1924, 74-75. (En collaboration avec M. le Prof. Patel.)

De l'ulcère simple du côlon ascendant. *Arch. maladies app. dig. et de la nutr.*, juin 1923, XIII, 521-532. (En collaboration avec M. le Docteur J. Chalier.)

Hernie étranglée de deux appendices épiploïques de l'S iliaque. *Soc de Chir. de Lyon*, 28 juin 1923. *Lyon Chirurgical* 1923, XX, 831-832. (En collaboration avec M. le Prof. Patel.)

Occlusion du colon descendant par péricolite due à une appendicite. *Presse Médicale*, 18 juillet 1923, 627-628. (En collaboration avec M. le Docteur Ph. Rochet.)

Mort par hémorragie et perforation d'un ulcère de l'estomac consécutifs à un examen radiologique. *Soc. de Méd. et des Sc. méd.*, 17 septembre 1923. *Lyon Médical* 1924. (En collaboration avec M. le Prof. Patel.)

Un cas de goitre plongeant. *Soc. de Chir. de Lyon*, 21 décembre 1923. *Lyon Chirurgical* 1924, XXI, 215-219. (En collaboration avec M. le Docteur Perrin.)

Rachianesthésie et méningite. *Soc. de Méd. et des Sc. méd.*, 30 janvier 1924. *Lyon Médical* 1924, CXXXIV, 40-43. (En collaboration avec M. le Docteur Wertheimer.)

Etat actuel de la chirurgie radicale du cancer de l'œsophage thoracique (Revue critique). *Lyon Chirurgical*, mars-avril 1924, XXI, 127-160. (En collaboration avec M. le Prof. Bérard.)

La hernie des appendices épiploïques et ses complications. *Lyon Chirurgical*, mai-juin 1924, XXI, 287-308. (En collaboration avec M. le Prof. Patel.)

Evolution parallèle de cancers histologiquement différents, l'un vaginal, l'autre gastrique et colique : gastro-entéro-anastomose, résection partielle du côlon transverse. *Soc. de Méd. et Sc. méd.*, 14 mai 1924. *Lyon Médical* 1924, CXXXIV, 523-526. (En collaboration avec M. le Prof. Bérard.)

Rein en fer à cheval. Radiographie de la circulation artérielle. *Soc. de Méd. et Sc. méd.*, 14 mai 1924. *Lyon Médical* 1924, CXXXIV, 521-523. (En collaboration avec M. le Docteur Dunet.)

Ulcère de la petite courbure. *Soc. de Méd. et Sc. méd.*, 4 juin 1924. *Lyon Médical* 1924, CXXXIV, 617-618. (En collaboration avec M. le Docteur Bocca.)

Mésosigmoïdite rétractile et torsion incomplète de l'anse sigmoïde. Résection. *Soc. de Méd. et Sc. méd.*, 5 novembre 1924. *Lyon Médical* 1924, CXXXIV, 756-758. (En collaboration avec M. le Docteur Delore.)

Ulcère géant de l'estomac. *Soc. de Méd. et Sc. méd.*, 5 novembre 1924. *Lyon Médical* 1924, CXXXIV, 760-762. (En collaboration avec M. le Docteur Delore.)

Ulcère de la petite courbure succédant à un ulcus duodénal traité et déjà compliqué d'un ulcère peptique de la bouche anastomotique. *Soc. de Méd et Sc. méd.*, 5 novembre 1924. *Lyon Médical* 1924, CXXXIV, 790-795. (En collaboration avec M. le Docteur Delore.)

Gastropyloréctomie pour ulcère rebelle de la petite courbure, récidivant un an après une première exérèse. *Soc. de Méd. et Sc. méd.*, 12 novembre 1924. *Lyon Médical* 1925, CXXXV, 8-11. (En collaboration avec M. le Docteur Delore.)

Complications infectieuses locales du cancer du rectum. *Lyon Médical*, 23 novembre 1924, CXXXIV. (En collaboration avec M. le Docteur Delore.)

A propos de trois cas d'avortement tubaire. *Lyon Médical*, 28 décembre 1924, CXXXIV, 809-814. (En collaboration avec MM. les Docteurs Delore et Vachey.)

Lésions de voisinage dans l'ulcère gastrique chronique (gastrite périulcéreuse, ulcères doubles, ulcère et cancer). Considérations anatomiques et chirurgicales. *Archives franco-belges de Chirurgie*, janvier 1925, XXVIII, 58-73. (En collaboration avec MM. les Docteurs Delore et Joseph-F. Martin.)

Grand kyste séreux du rein et néphrectomie partielle. *Lyon Chirurgical*, janvier-février, 1925, XXII. (En collaboration avec M. le Docteur Delore.)

Etude anatomique des voies d'accès de l'œsophage thoracique. Le décollement de la plèvre costo-vertébrale. *Lyon Chirurgical* 1925, sous presse. (En collaboration avec M. le Professeur Bérard.)

Les formes multiples et récidivantes de l'ulcère gastrique, *Lyon Chirurgical* 1925, sous presse. (En collaboration avec MM. les Docteurs Delore et Vachey.)

Disjonction traumatique de la symphyse pubienne, sans déchirure viscérale. *Soc. de Méd. et Sc. méd.*, 28 janvier 1925. *Lyon Médical* 1925, CXXXV, 662-664. (En collaboration avec MM. les Docteurs Delore et Creyssel.)

Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. *Soc. de Méd. et Sc. méd.*, 11 février 1925. *Lyon Médical* 1925, CXXXV. (En collaboration avec MM. les Docteurs Delore et Creyssel.)

De la résection dans les ulcères adhérents de la petite courbure. *Revue de Chirurgie*, mars 1925, XLIV, 213-229. (En collaboration avec MM. les Docteurs Delore et Vachey.)

Localisation rare d'un abcès de la tête du pancréas. *Presse Médicale*, 25 mars 1925, 388-389. (En collaboration avec MM. les Docteurs Alamartine et Vachey.)

De l'entérostomie complémentaire dans la cure radicale de l'occlusion intestinale aiguë. *Presse Médicale* 1925, sous presse. (En collaboration avec MM. les Docteurs Delore et Creyssel.)

Grand kyste suppuré du rein gauche. *Journal d'Urologie*, avril 1925, XIX 316-320. (En collaboration avec M. le Prof. Patel.)

Pancréatite chronique avec ictère. Cholécystogastrotomie. *Soc. de Méd. et Sc. méd.*, 27 mai 1925. *Lyon Médical* 1925. (En collaboration avec M. le Prof. Villard et M. le Doct. Savy.)

A propos des difficultés du diagnostic des fibromes utérins et des dangers du traitement radiothérapique. *Soc. de Méd. et Sc. Méd.*, 10 juin 1925. *Lyon Médical*, 1925. (En collaboration avec M. le Professeur Bérard et M. le Docteur Dunet.)

Gangrène ischémique, complication d'une fracture de jambe. *Soc. de Méd. et Sc. Méd.*, 10 juin 1925. *Lyon Médical* 1925. (En collaboration avec M. le Docteur Wertheimer.)

L'exploration gastro-duodénale par le tube d'Einhorn. *Soc. de Méd. et Sc. méd.*, juin 1925. *Lyon Médical* 1925. (En collaboration avec M. le Docteur Barbier.)

Formes anatomiques de l'élévation congénitale de l'omoplate. (Travail de la Clinique chirurgicale infantile du Prof. Nové-Josserand.) *Revue d'Orthopédie*, 1925. (sous presse),

PANCRÉATITES CHRONIQUES AVEC ICTÈRE

CAUSES, DIAGNOSTIC et TRAITEMENT

Valeur et résultats éloignés de la Cholécystogastrostomie

AVANT-PROPOS

Il n'existe pas de signes nets et constants qui traduisent, en clinique, la lésion, pourtant fréquente, qu'est l'inflammation chronique du pancréas. On les a demandés au laboratoire, mais en vain, car, si les épreuves chimiques peuvent évaluer le déficit glandulaire, elles sont impuissantes à fixer la nature de la lésion causale.

La pancréatite chronique n'est cependant pas qu'une « expression anatomique », et, parmi les syndromes, qu'elle conditionne, l'un d'eux a une histoire chirurgicale, vieille de près de trente ans, *la pancréatite avec ictère*. Ce syndrome correspond à des faits très précis, échelonnés entre la lithiase cholédocienne et le cancer du pancréas. Son diagnostic, difficile, a fait beaucoup pour la réputation de rareté qui lui est attachée. Nous avons cherché à mettre dans son étude un peu de cette tendance critique, que nous ont inculquée nos Maîtres, nous efforçant de faire le départ entre les faits certains et précis et les données vagues ou douteuses, qui, trop longtemps, ont obscurci la description des pancréatites chroniques.

Nous avons donc recherché, dans la littérature médicale, les observations indiscutables de pancréatite chronique avec ictère, et, les confrontant avec les observations inédites qui nous ont été confiées, nous avons essayé de tracer à grands traits le tableau chirurgical de ce syndrome.

A cette étude, ainsi transposée sur un terrain pratique, se trouve étroitement liée, celle des *anastomoses biliaires*, d'abord parce que les résultats les meilleurs de ces opérations sont faits justement des tumeurs inflammatoires du pancréas, et aussi parce que, leurs indications n'ayant pas ici un caractère absolu, il convenait de préciser ce que l'on peut en attendre. Ainsi, avons-nous été amenés à esquisser une étude physiologique des bouches de cholécystogastrostomie, et nous n'avons pu que confirmer pleinement ce que JABOULAY disait de cette intervention, il y a vingt-cinq ans, alors qu'elle était, avec une unanimité presque complète, jugée contraire aux lois de la physiologie.

Nous nous rendons bien compte des imperfections et des lacunes que présente notre travail : le nombre important de publications qu'a suscitées la pancréatite chronique, l'absence de tout travail d'ensemble sur la question précise que nous avons abordée, les divergences de point de vue, parfois capitales, existant entre les auteurs, seront notre excuse.

L'intérêt de notre thèse réside d'ailleurs surtout dans la part qu'a bien voulu y prendre notre Maître, M. le Professeur Bérard : ses directives nous ont été précieuses et nous lui en témoignons notre profonde

gratitude. M. le Professeur agrégé Santy nous a guidé de ses bienveillants conseils, pendant toute la durée de notre travail ; nous ne saurions assez l'en remercier.

Nous sommes très reconnaissant à M. le Professeur Patel et à M. le Professeur agrégé Cotte de nous avoir fourni également, sous forme d'observations, les bases essentielles de ce travail et fait bénéficier de leur expérience de la question.

M. le Docteur Delore nous a donné une nouvelle marque de sa grande bienveillance, en nous confiant de nombreux documents originaux ; nous l'assurons de notre gratitude et de notre respectueux dévouement.

Nous devons aussi des observations originales à nos maîtres dans les Hôpitaux, M. le Professeur Tixier M. le Professeur Villard, M. le Docteur Alamartine, que nous remercions bien vivement pour l'intérêt, qu'ils nous ont ainsi témoigné.

M. le Professeur Bard, M. le Professeur agrégé Savy ont bien voulu nous donner de très autorisés conseils ; M. le Professeur agrégé Favre nous a confié, avec une observation inédite du plus haut intérêt, le développement d'idées qui lui sont chères ; M. le Docteur Japiot a bien voulu interpréter nos clichés radiographiques : nous les prions de vouloir bien accepter l'hommage de notre reconnaissance.

Toute une partie de notre thèse a été faite en collaboration intime avec nos amis les Docteurs J. Barbier, Chef de Clinique Médicale, et Beaupère, Interne des Hôpitaux ; qu'ils trouvent ici l'expression de notre affectueuse gratitude pour toute l'amabilité et, sou-

vent aussi, la patience avec lesquelles ils ont mis à notre disposition leur science du tubage duodénal et leur compétence radiologique.

Que nos amis, les docteurs Joseph-F. Martin, Aigrot, Ph. Rochet, V. Richer, qui nous ont procuré d'intéressants documents, que tous ceux qui nous ont aidé dans notre tâche, trouvent ici nos plus sincères remerciements, et d'une façon toute particulière, Mlle Bertholomey et notre ami Roger Pilot, Interne de l'Hôpital de Vienne, qui, toujours, avec une égale complaisance, nous a secouru dans nos traductions.

L'illustration de notre thèse a été réalisée de façon vraiment artistique par M. Louis, Chef du Laboratoire Photographique de la Faculté, à qui nous tenons à exprimer toute notre gratitude.

M. le Professeur Hartmann, MM. les Professeurs agrégés Grégoire et Alglave, MM. les Docteurs Costantini, Ch. Martin et Roussiel ont bien voulu nous communiquer d'intéressants faits cliniques : nous les prions de croire à toute notre reconnaissance, en même temps que M. le Professeur Deaver, qui prit la peine de nous envoyer ses importants travaux, et M. le Professeur Fulleton et M. le Docteur Ralphs, qui nous ont communiqué des documents radiographiques.

PREMIÈRE PARTIE

LE SYNDROME PANCRÉATITE CHRONIQUE
AVEC ICTÈRE

CHAPITRE PREMIER

Définition et Limites.

Le syndrome pancréatite chronique avec ictère possède une triple individualité : anatomique, clinique et chirurgicale. Il répond à l'évolution d'une tumeur inflammatoire de la tête du pancréas, — il se manifeste par les signes d'une compression cholédocienne associés à des symptômes rappelant de façon plus ou moins nette le tableau clinique de la lithiase de la voie biliaire principale, — enfin, hautement chirurgical, il bénéficie, d'une façon presque inattendue, d'interventions exclusivement biliaires.

En 1896, Riedel, et bientôt après, Mayo-Robson, publient sept premières observations caractéristiques; mais ils avaient rapporté, en même temps, d'autres observations, correspondant à des pancréatites chroniques développées autour d'un *calcul enclavé*, et dont la signification est toute différente : Mayo-Robson l'avait déjà reconnu et disait combien peu, le plus souvent, comptait une réaction pancréa-

tique autour d'un calcul, dans la thérapeutique de la lithiase cholédocienne. Et, en général, elle n'apporte qu'un bien faible appoint clinique au syndrome du calcul enclavé.

Aussi, croyons-nous nécessaire de limiter le sujet de notre travail aux faits suivants, qui constituent seuls le « syndrome pancréatite chronique avec ictère » :

« Obstruction cholédocienne dont la cause ne peut être retrouvée ailleurs que dans une inflammation chronique de la tête du pancréas. »

L'absence d'une définition précise fut la porte ouverte à toutes les confusions : le nombre des pancréatites réactionnelles autour d'un calcul augmenta très rapidement et la pancréatite chronique avec ictère perdit tout individualité.

Nous ne voulons pas faire un historique de la question, qui existe déjà dans la thèse de Desjardins, le rapport de Villar, les travaux de Walter-Sallis, et qui, depuis, se confond de plus en plus avec celui de la chirurgie biliaire en général.

Parmi les nombreuses observations, souvent éparpillées que nous avons trouvées, 106 nous ont paru devoir être retenues. Le syndrome Pancréatite chronique avec ictère demande, en effet, à être strictement limité d'avec ses deux voisins : *lithiase biliaire* et *cancer du pancréas*; entre ces deux affections, parfaitement connues, s'étend une sorte de « terrain vague » de la pathologie, dont la pancréatite chronique classique ne constitue certes pas l'élément le plus clair et le mieux différencié.

Nous croyons cependant que l'on peut lui tracer, de façon aisée, des *limites naturelles*, à l'intérieur desquelles ne se trouveront groupés que des faits homogènes et indiscutables.

Nous avons déjà disjoint les réactions glandulaires développées autour d'un *calcul cholédocien enclavé*.

Se plaçant à un point de vue plus général, Quénu et Duval, et de nombreux auteurs après eux, ont opposé pancréatites lithiasiques et pancréatites non lithiasiques. Doit-on restreindre le syndrome que nous étudions aux seuls faits classés dans ce dernier groupe? Nous ne le croyons pas : la lithiasé vésiculaire en est seulement une des causes connues.

Kehr distingue très nettement dans la statistique qu'il apporta en 1909, trois groupes de « pancréatites chroniques » ; l'un, très important, comprenait les cas de réaction inflammatoire autour d'un calcul enclavé ; les deux autres concernaient les cas de pancréatite associée à des calculs vésiculaires et ceux de pancréatite sans cholélithiasé : même dans ces deux dernières classes, nous n'avons pu retenir que deux observations sur treize, les onze autres devant être éliminées, pour l'une quelconque des raisons, que nous allons passer en revue.

Il semble presque inutile de tracer les limites, qui séparent pancréatite et cancer. Riedel les avait bien données, en montrant dans la pancréatite chronique une tumeur inflammatoire capable de *régression*, de guérison définitive. Mais ce test évolutif a été trop souvent oublié et parmi les observations intitulées de façon ferme « lésion inflammatoire », beaucoup,

par leurs suites éloignées, trop récentes, n'ont pas fait la preuve de la nature de l'affection pancréatique. Il convient aussi de s'écarter de l'excès contraire et de ne pas arriver, pratiquement, à nier l'existence des pancréatites chroniques. Nous verrons d'ailleurs les difficultés que peut rencontrer le diagnostic, même histologique de ces deux lésions.

Nous ne devons pas comprendre enfin dans cette étude les cas de pancréatite coexistant avec une *autre affection de la glande* (kyste, calcul), *un ulcère duodénal*, *un obstacle vatérien* surtout. L'ictère n'est pas alors sous la dépendance de l'inflammation chronique du pancréas.

.
*
*

1° Il est, par contre, assez difficile de ne pas tenir compte de certains *rétrécissements du cholédoque*, et, spécialement des rétrécissements inflammatoires, siégeant dans la traversée pancréatique et coexistant avec une lésion nette de la glande. On peut admettre, avec P. Mathieu, qu'ils sont « consécutifs aux inflammations prolongées de la tête du pancréas ».

2° Dans le cadre des malformations congénitales et spécialement des *kystes dits idiopathiques*, nous avons retrouvé quelques rares cas où la lésion du pancréas était suffisamment nette, pour pouvoir être considérée comme une des causes possibles de l'obstruction biliaire.

3° Il faut encore, croyons-nous, accepter, dans le syndrome Pancréatite chronique avec ictère, *certaines tuberculoses et syphilis pancréatites* déter-

minant une compression cholédocienne. Il existe bien d'ailleurs, entre les lésions spécifiques classiques et la pancréatite interstitielle banale, toute une série de faits, encore mal connus, que nous retrouverons et dont l'intérêt est très grand. Il est impossible enfin de ne pas confondre avec l'inflammation chronique du pancréas les tumeurs bénignes de cette glande : nous ne savons du reste pas si de telles lésions, très rares, ont pu s'accompagner d'ictère.

*
* *

On a voulu *étendre*, dans un sens que nous croyons plus imprudent, le domaine de la pancréatite chronique avec ictère.

Philips admet que l'ictère catarrhal est parfois dû à une lésion pancréatique. Il a publié, de même, survenant au cours de la scarlatine, coexistant il est vrai avec une parotidite, un cas de jaunisse, qu'il rattache à une inflammation interstitielle de la glande.

Nous avons voulu, sans grand espoir, vérifier cette hypothèse extensive chez une malade opérée par notre maître, M. le Professeur Bérard, pour un ictère dont la cause était restée inconnue : l'analyse du contenu duodénal montra l'intégrité de la glande pancréatique.

OBS. A (M. le Prof. BÉRARD.) — F. 56 ans, entrée pour ictère chronique. Excellente santé habituelle. Bronchite chronique chaque hiver. Au début de septembre 1924, quelques troubles digestifs, avec perte progressive des forces et quelques frissons. Ni douleur, ni vomissements, mais pesan-

teur gastrique et constipation de date récente qui progressivement s'accroît.

L'ictère, apparu insidieusement, est découvert le 15 octobre. La malade se met à vomir, prurit intense. On note quelques frissons. L'ictère a diminué, d'après les parents de la malade. Les selles, d'abord absolument blanches, ont repris une couleur jaunâtre, encore peu marquée. Amaigrissement de 5 kilos.

La malade étant restée une semaine en observation, on ne note pas de poussées thermiques. L'état général reste bon. L'ictère est franc ; les urines et les selles présentent tous les caractères d'une obstruction biliaire, sans autre signe pathologique.

L'examen de l'abdomen montre seulement un point douloureux dans la région pancréatico-cholécystienne.

Intervention le 18 novembre 1924 (M. le Prof. Bérard). — La malade, depuis qu'elle est dans le service, a un ictère qui a un peu pâli, mais pas dans des proportions telles qu'on puisse espérer une rétrocession spontanée. L'anesthésie est très pénible, malgré une piqûre de morphine préalable. La malade offre une grande résistance et pousse ses intestins hors de l'abdomen. On peut néanmoins explorer la vésicule, qui n'est pas augmentée de volume, aux parois épaissies, et on ne constate ni à son intérieur, ni dans le cholédoque, de calculs biliaires. On ne sent pas non plus d'induration nette dans la tête du pancréas, ni au niveau du duodénum. Dans ces conditions, on se décide, comme il s'agit d'une femme obèse, peu résistante, opérée péniblement, à faire une simple cholécystostomie. Un tube de trois quarts de centimètre de diamètre est placé dans la vésicule et fixé par des fils de soie. Une mèche est glissée au-dessous et la paroi est suturée à trois plans.

Suites opératoires. — Marquées par une complication pulmonaire greffée sur une bronchite chronique. Désunion partielle de la plaie opératoire. Suture secondaire le 18 décembre.

L'ictère a diminué rapidement ; l'écoulement biliaire est encore très important lorsque la malade passe, au début de janvier, dans le service de M. le Professeur Bard, pour un

examen du contenu duodénal. Le 9 février 1925, elle part en convalescence. Revue le 3 mars, très améliorée. Elle a repris du poids, a retrouvé ses forces, son appétit et se déclare revenue à l'excellent état de santé antérieur à son ictère. La constipation a disparu, l'ictère n'a pas récidivé, la fistule biliaire est à peu près tarie, reste quatre jours sans souiller le pansement.

Tubage duodénal (D^r Barbier). — On fait avaler le tube d'Einhorn à 7 heures du matin. Dès 9 heures, on retire un peu de liquide jaune qui verdit à l'air. Comme il est légèrement acide, on attend, craignant qu'il ne s'agisse de bile refluee dans l'estomac. A 11 heures, prélèvement de liquide semblable. A 12 heures, même prélèvement plus abondant.

Une goutte de chacun des échantillons est mise à l'étuve à 56° sur sérum solidifié. Douze heures après, digestion nette du sérum au niveau de chaque goutte. Donc, le pancréas a sécrété de la trypsine à 9 heures du matin, à 11 heures, à midi, sécrétion continue, due sans doute à la présence du tube duodénal. Le cholédoque fonctionne donc bien. Le pancréas sécrète normalement au point de vue trypsine. L'épreuve semble avoir tari pour quelques jours la fistule biliaire.

Il nous semble d'ailleurs sage de ne pas tenir compte de toute une série d'observations « médicales » où le diagnostic de la pancréatite est fait par différentes épreuves qui, les unes ont perdu toute valeur certaine, les autres sont très délicates et sujettes à erreur. Nous resterons donc dans le cadre étroit que nous nous sommes tracés et, de ce fait, avons été amenés à rejeter un nombre très important d'observations. Beaucoup d'entre elles étaient sans doute des pancréatites, mais il leur manquait les signes de certitude qu'il est nécessaire d'exiger dans une question aussi controversée et interprétée de façon souvent si contradictoire que celle que nous étudions.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Une étude anatomique doit précéder l'analyse des causes de la pancréatite chronique avec ictère et, surtout, celle du diagnostic opératoire et du traitement chirurgical.

A. — Lésions du pancréas, description macroscopique.

Il est classique de distinguer deux formes, répondant à deux *stades évolutifs* des lésions d'inflammation chronique du pancréas : un *stade hypertrophique*, suivi d'une *atrophie* de la glande, réduite alors à un simple cordon bosselé. Cette distinction, vraie en théorie, ne donne pas aux faits un cadre satisfaisant. Nous croyons préférable de chercher une classification, dans l'analyse même des documents anatomiques : *comptes rendus opératoires* qui, souvent très précis, ont comporté une exploration méthodique du

pancréas et renseignent mieux sur certains caractères chirurgicaux des lésions que les *protocoles d'autopsie*, au nombre de 21, dont 12 ont contrôlé les données opératoires.

A côté de la « pancréatite indurée » classique de la tête, existent quelques types anatomiques assez bien individualisés :

a) **Le noyau isolé de pancréatite chronique.**

Il est découvert souvent, près de la deuxième portion du duodénum, parfois à l'embouchure même du cholédoque. Il peut être cantonné dans le triangle de Desjardins ou, au contraire, le long du trajet cholédocien, et même, comme dans le cas de Bret (Obs. XIII), au niveau du tubercule épiploïque, en arrière de la première portion de l'anse duodénale, remontant dans le ligament hépato-duodéal.

Ce noyau est de consistance ferme, cartilagineuse ; il peut être mal limité, se présenter comme une plaque indurée, irrégulière, mais aussi apparaître encapsulé comme un adéno-fibrome du sein (Villard). Le plus souvent, assez régulièrement arrondi, il a été comparé à une petite pomme, à un marron d'Inde, une noix, une noisette, une olive. Ce noyau de pancréatite chronique constitue la lésion inflammatoire sténosante minima, et réalise un type, dont le *diagnostic opératoire* est assez particulier.

A la section, il apparaît entouré d'une gangue scléreuse, on le voit comprimer le cholédoque et,

souvent, comme dans les deux observations suivantes, sténoser également le canal de Wirsung, qui se dilate en amont de l'obstacle.

OBS. 1. KORTE, 1898. — H. 56 ans. Depuis 1892, douleurs dans le côté droit; ictère très prononcé. Le 19 août 1892, cachexie, foie gros, vésicule biliaire distendue.

Intervention le 22 août. — Pas de calcul dans la vésicule ni dans les voies biliaires. Tête du pancréas tuméfiée, indurée. Cholécysto-entérostomie. Mort au bout de quatre jours.

Autopsie. — Dans la tête du pancréas, noyau dur, de la grosseur d'une petite pomme, qui comprimait le point d'aboutissement des canaux de Wirsung et cholédoque. Dilatation du canal de Wirsung.

Examen histologique. — Pancréatite chronique interstitielle avec prolifération notable du tissu conjonctif.

OBS. 2. TERRIER (DESJARDINS). — F., 42 ans, entre le 5 mai. Trois enfants morts-nés. A la suite de son dernier accouchement, il y a quinze mois, elle devient, en huit jours, jaune acajou. Grand frisson durant trois ou quatre heures, mais pas de température, presque aucune douleur. Malgré le traitement, la malade reste jaune. Soignée pour « foie syphilitique » ; il y a six mois, coliques hépatiques, irradiées aux lombes. L'ictère s'accroît, pour diminuer ensuite ; chaque semaine et même deux ou trois fois par semaine, crises plus douloureuses.

A l'entrée, malade encore jaune, prurit, insomnie, amaigrissement considérable (40 livres environ). Hypocondre droit douloureux, foie débordant de 8 centimètres le rebord costal. Vésicule non perçue, sa recherche réveille une douleur nette. Rate grosse, Pouls 90. Température maintenue autour de 37°, même à la suite d'une crise très douloureuse.

Intervention le 22 mai 1903. — Vésicule cachée par des adhérences ; on enlève un calcul enchatonné à son intérieur. Il ne s'écoule pas de bile. L'exploration du cholédoque ne montre pas de calcul. On cloisonne un trajet de la vésicule à la paroi : drainage de la vésicule.

Mort dans la soirée.

Autopsie. — Vésicule atrophiée, très épaissie et friable.

Le pancréas est hypertrophié en masse, mais surtout au niveau de la tête, qui est dure.

On sectionne la tête sur le cholédoque. Au niveau de sa portion terminale, en plein tissu pancréatique, *une masse du volume d'une noisette qui comprime le cholédoque et le canal de Wirsung*; cette masse, de la dureté du cartilage mal limitée s'étend sur 2 à 3 centimètres vers la queue du pancréas.

Examen histologique. — Pancréatite chronique interstitielle, de la variété interlobulaire. Cholécyстите chronique.

Sur 125 observations, nous avons retrouvé 18 fois ce type anatomique.

b) L'inflammation subaiguë massive de la tête du pancréas.

Cette forme, représentée par 13 observations, est caractérisée :

1° Par une augmentation manifeste de volume ;

2° Par une réaction péritonéale locale, se manifestant parfois par de l'œdème sous-péritonéal donnant l'image de l'œdème cérébral (Villard) par une coloration rouge ou rosée de la tumeur, et souvent aussi des organes voisins, duodénum par exemple.

OBS. 3. QUENU 1919. — E. 29 ans. A 20 ans, coliques hépatiques répétées chaque mois, suivies d'ictère. Une grossesse. Depuis trois ans, la malade se croyait guérie. Il y a trois semaines, douleur extrême dans l'hypocondre droit, avec irradiations épigastriques et dorsales; au quatrième jour, légère jaunisse. Il y a quelques jours, nouvelle crise, ictère, vomissements. Abdomen assez ballonné, douloureux dans toute son étendue, 39°6 et 38°8 le soir pendant deux jours.

Foie dépassant d'un travers de doigt le rebord costal. Matières colorées, Dix jours après, ascension thermique durant encore deux jours, se répétant à nouveau après dix jours d'apyrexie. Le 2 mai, malade à peine subictérique. Pouls à 52. Température 37°2 et 37°6.

Intervention le 15 mai. — Vésicule de volume normal. Lésions de péricholécystite au niveau du bassinet : adhérences récentes, facilement décollables. Pas de calcul ni dans le cystique ni dans la voie principale. On ouvre la vésicule : contenu purement bilieux. Exploration négative. *Le péritoine qui recouvre le pancréas est rouge, vasculaire*, la tête est tuméfiée, d'une consistance dure anormale. Ponctions négatives du pancréas sur le trajet du cholédoque. Cholécystostomie.

Suites opératoires. — Normales. Réparation extraordinaire de l'état général, transformation du faciès, relèvement des forces et du poids : le 8 mai 40 kilos, le 17 juillet 51 kilos.

L'examen bactériologique de la bile, pratiqué au bout de quelques jours, montre la présence de nombreux *B. coli*. Le drain est laissé un mois. L'écoulement persiste encore 40 jour après.

Deuxième intervention, 21 juillet. — Fermeture de la fistule, la bile contient encore du *B. coli*. En prévision de retours possibles, le fond de la vésicule est fixé à la paroi. Suites bonnes au 30 juillet.

3° Enfin par une consistance plus ferme que celle d'une glande normale, rénitente, restant élastique, avec parfois des points plus mous, très différente de la dureté du bois du cancer ou de la pancréatite scléreuse ancienne.

Ce type anatomique correspond aux poussées inflammatoires, dont il est si fréquent de noter la traduction clinique dans l'histoire de ces malades.

OBS. 4. PAUCHET 1912. — F. 40 ans. Début par douleurs épigastriques, subictère. Quelques mois plus tard, nouvelle

crise dans l'hypocondre droit et poussée de jaunisse avec épistaxis. Dès que les accidents aigus furent passés :

Intervention. — Vésicule petite, pleine de boue biliaire. L'index introduit dans l'hiatus de Winslow ne perçoit aucun calcul dans le cholédoque, mais la tête du pancréas, grosse, bosselée, *point assez dure, toutefois, pour correspondre à un cancer.* Drainage du cholédoque.

Suites opératoires. — Le drain donna de la bile pendant trois semaines et la malade guérit. L'état est resté très satisfaisant.

c) **Pancréatite chronique indurée classique** **de la tête.**

Dans cette forme, la plus fréquente, il existe tous les degrés, depuis la simple induration de la tête ne s'accompagnant pas d'une notable hypertrophie, jusqu'à la tumeur grosse comme le poing ou les deux poings.

Elle peut former une masse uniforme, mais, bien plus souvent, être bosselée comme un sac de billes. La consistance est de pierre, de bois, de fer. Parfois, dans ce bloc, se perçoivent des points plus durs, qui semblent répondre à des calculs (Ferron). Une telle lésion peut être mobilisable et même mobile (Deaver), mais assez souvent on insiste sur la difficulté de cette manœuvre, qui peut même être rendue impossible par l'inclusion de la tête du pancréas dans un bloc d'adhérences anciennes, véritable gangue se prolongeant autour des organes voisins.

La section d'une pancréatite chronique indurée montre un tissu compact, qui crie sous le couteau, et, en amont, la dilatation des canaux excréteurs.

OBS. 5. HALE WHITE, 1903. — H. 42 ans. Ictère apparu en novembre 1891, très prononcé. Foie dépassant de trois pouces les côtes. Selles peu diarrhéiques, décolorées, mais parfois incomplètement. Première crise douloureuse le 2 mai 1892. Amaigrissement de 7 livres en trois semaines. Mort le 31 mai.

Autopsie. — Tête du pancréas dure et très grosse. Canaux pancréatiques et biliaires *très dilatés*. Vésicule saine. Pas de calculs.

Examen histologique. — Augmentation du tissu conjonctif jeune. Ganglion lymphatique normal.

d) Pancréatite totale symétrique.

Le pancréas est alors pris en masse, tête, corps et queue, il fait saillie à travers le petit épiploon et peut apparaître, sous anesthésie, comme une tumeur coupant transversalement l'épigastre. La lésion peut être absolument symétrique, mais souvent l'inflammation prédomine en un point, d'ailleurs variable, comme le montrent les trois exemples suivants :

OBS. 6. OWEN, 1902. — F. 30 ans, traitée pour métrite depuis trois ans. Il y a un an et demi, douleurs après les repas, et progressivement perte de l'entrain, de l'appétit. Début de la jaunisse commencement de février. Amaigrissement rapide. Malade très faible, incapable de s'asseoir sur son lit. Sensibilité à l'épigastre.

Intervention le 3 avril 1902. — Vésicule distendue, qui se vide un peu par la compression. La tête du pancréas était presque aussi volumineuse que le poing ; le corps et la queue également très augmentés de volume, reposaient sous la voûte gauche du diaphragme.

« La glande hypertrophiée était dure et lobulée, non d'une dureté cancéreuse, mais autant qu'on peut le dire, de la dureté d'une inflammation chronique. J'annonçai aux étu-

dians qu'il s'agissait là d'un cas de pancréatite chronique pour laquelle une intervention plus active ne semblait pas indiquée. »

Suites opératoires bonnes. L'ictère persiste d'abord, mais la malade se sent mieux, se lève. En octobre 1902, l'ictère était presque complètement disparu. Reprise du poids.

OBS. 7. RIEDEL, 1896. — F. 53 ans. Ictère très intense depuis plusieurs années. Dans les antécédents, coliques hépatiques. Foie très gros, atteignant l'arcade fémorale.

Intervention le 1^{er} avril 1895. — Vésicule adhérente, flasque. Cholédoque distendu. Pas de calculs. En arrière et à gauche, tumeur du pancréas. *Mort* à 4 heures du matin.

Autopsie. — 1.350 gr. de sang dans l'abdomen. Foie énorme, ferme. Voies biliaires uniformément dilatées, paroi molle et lisse ; à leur intérieur, liquide clair ou légèrement coloré. Dans la vésicule, bile verte assez visqueuse et un certain nombre de calculs du volume d'une tête d'épingle, brun jaunâtre. On trouve de ces calculs dans le cystique, qui a une circonférence de 10 millimètres. Le cholédoque, qui à son origine a 12 millimètres de circonférence, s'élargit jusqu'à 45 millimètres. Les glandes des voies biliaires sont dilatées et apparaissent comme des points. *Le pancréas est çà et là irrégulier et ligneux* ; son enveloppe présente, au niveau de la tête et du corps, de petits foyers hémorragiques. Le canal de Wirsung, étroit, dans sa portion initiale, est recourbée, s'élargit plus loin pour atteindre 16 millimètres de circonférence. On a pu introduire une sonde exploratrice dans son intérieur. Dans ce canal, on trouve un liquide clair jaunâtre ; les lobules, très nets, sont séparés par plus de tissu conjonctif que normalement.

Examen histologique. — Pancréatite interstitielle.

OBS. 8. EHLE, 1903. — F. 56 ans. Il y a cinq mois, douleurs dans le dos, et de nouveau il y a un mois à l'épigastre. Ictère généralisé. Cachexie. Grosse vésicule, un peu douloureuse. Foie peu augmenté. Selles liquides, décolorées. Pas de glycosurie alimentaire. Température à 36°, 36°5.

Intervention. — Pas de calculs. Tumeur dure, bosselée, du pancréas. Cholécystectomie.

Mort le quatrième jour.

Autopsie. — Il ne s'agissait pas d'un carcinome, mais d'une pancréatite indurée. A la queue du pancréas, cavité kystique de la grosseur du poing, contenant du liquide couleur chocolat, ayant l'aspect d'une gelée, à parois fibreuses. Les autres parties du parenchyme pancréatique étaient indurées et parcourues de tissu fibreux. Cholédoque distendu dans sa partie supérieure et comprimé à sa partie inférieure.

Examen histologique. — Augmentation notable du tissu conjonctif, surtout autour des vaisseaux et des petits canaux, tissu qui partait en rayonnant entre les lobules et à leur intérieur.

e) Evolution générale des lésions.

On a dit que la pancréatite chronique était toujours précédée d'une phase aiguë, affirmation qui implique la possibilité de résolution, tout au moins partielle, des inflammations de la tête du pancréas : cette notion de *curabilité* doit diriger le traitement. La pancréatite chronique avec ictère évolue volontiers par poussées successives. Surprise au cours d'un épisode aigu par l'intervention, la tête du pancréas présente cet aspect inflammatoire que nous avons parfois noté. Cliniquement, nous le verrons, l'évolution peut se faire à moindre fracas, rester toujours chronique ; il est rare cependant qu'on ne retrouve pas quelques symptômes marquant l'évolution discontinue de l'affection.

Un fait incontestable est que *la pancréatite peut s'aggraver* ; elle peut aboutir à l'atrophie définitive de la glande (3 observations), mais aussi évoluer de

façon plus aiguë et aboutir à la *suppuration*. On sait que, dans certains cas de pancréatite aiguë abcédée ou nécrotique, l'histologie permet de retrouver à côté des lésions récentes, les vestiges d'une inflammation ancienne de la glande ; nous en avons trouvé plusieurs observations (1) et tout récemment, R. Baudet en rapportait un cas à la Société de Chirurgie de Paris.

Trois fois, nous avons relevé l'apparition d'une suppuration, au centre même d'un foyer de pancréatite chronique ; une de ces observations, inédite, montre cette évolution infectieuse se poursuivant malgré l'établissement d'une cholécystogastrostomie (Obs. 125) ; un autre cas est celui de Schmidt (Obs. 12) ; le troisième, publié par Miss Anderson, correspond aussi à l'évolution spontanée de la lésion infectieuse.

OBS. 9. Miss G. ANDERSON, 1909. — F. 32 ans. Il y a 5 mois, violentes douleurs, dans l'hypocondre pendant 2 heures. Il y a trois semaines, deux jours après une autre crise, début de l'ictère qui persista jusqu'à la mort. Grand amaigrissement, ictère par rétention modérément foncé. Quelques vomissements, température irrégulière. Foie débordant de trois travers de doigts le rebord costal et légèrement sensible. On ne sent pas la vésicule.

Intervention. — Pas de calculs dans les voies biliaires. Une masse dure dans la région de la tête du pancréas avec des ganglions hypertrophiés dans l'hiatus. La vésicule, recouverte par le foie, contient de la bile. Nombreuses adhérences sous-hépatiques. Cholécystostomie.

Suites opératoires. — La jaunisse diminue, mais une anorexie marquée persiste. Puis, collapsus soudain, hémorragie par le drain. Une semaine après, hémorragie par la bouche et le nez, mort.

(1) WATTS. The treatment of certain forms of subacute pancreatitis. Surg, Gyn. Obst. 1918. XXVII. 286-288.

Autopsie. — Une masse dure, nodulaire, est trouvée dans la tête du pancréas. Le foie pèse 3 livres 3/4. Dans la partie supérieure du lobe droit, un abcès. Autour de la vésicule, la substance hépatique est infiltrée de sang, de même que le petit épiploon. Pas de calcul.

Examen histologique. — La tête du pancréas montre une zone nécrotique centrale entourée d'un cercle de tissu fibreux et, au delà, d'une infiltration de cellules rondes; le nodule du foie à la même structure. Le corps du pancréas est le siège de fibrose interstitielle. Ilots de Langherans normaux. Dilatation du canal pancréatique.

Nous n'insistons pas sur l'évolution des lésions spécifiques, tubercules ou gommes, qui n'offre pas de caractères spéciaux.

*
* *

Les formes graves évolutives que nous venons de signaler peuvent s'accompagner de *compressions du duodénum* : le malade de l'Observation 125 revint, au bout de 5 mois, consulter à nouveau pour un syndrome de sténose pylorique, la tumeur inflammatoire ayant continué à évoluer après la première intervention. Mais il s'agit d'un fait exceptionnel. Le duodénum est généralement respecté par les pancréatites chroniques accompagnées d'ictère. Les deux autres observations suivantes sont les seules que nous ayons retrouvées : la seconde d'entre elles ajoute même, à cette double compression biliaire et intestinale, le syndrome de compression de la veine cave inférieure, dont elle reste le seul exemple :

OBS. 10. NIEDERLE, 1906. — F. 41 ans. Douleurs hépatiques, vomissements, ictère et une grosse tumeur dans l'hypochondre droit.

Intervention. — Tumeur bosselée de la tête du pancréas, de consistance dure, ayant comprimé pylore, duodénum et voies biliaires. Gastroentérostomie.

Guérison parfaite. 8 mois après l'opération, la tumeur était complètement disparue.

OBS. 11. VAUTRIN, 1908. — F. 40 ans. En janvier 1904, diarrhée, vomissements, douleurs épigastriques et dorso-lombaires, qui s'exagèrent. En juin, le malade ne supporte qu'un peu de lait. Amaigrissement progressif. Diarrhée graisseuse presque continue. Ictère apparaît et progresse. Selles incomplètement décolorées. Douleur et résistance au voisinage de l'ombilic et dans la gouttière vertébrale droite. Vomissements alimentaires 2 fois par jour. Œdème des membres inférieurs et circulation veineuse collatérale.

Intervention. — Epiploon gastrocolique distendu par une tuméfaction de la tête du pancréas, dure, recouverte de veines énormes, comprimant le cholédoque, le duodénum et la veine cave inférieurs. On sépare 3 ganglions au-dessous et à droite de cette masse. Drain.

Suites remarquables. Abondant suintement séreux. Ablation du drain le 6^e jour. La tuméfaction sembla fondre de jour en jour et, en cinq semaines avait disparu. L'ictère n'existait plus à la troisième semaine, l'œdème des jambes cessa dès les premiers jours.

La guérison s'affirmait bientôt complète et ne s'est jamais démentie depuis (1908).

B. — Etude histologique des lésions pancréatiques.

Elle repose sur 30 examens microscopiques : 15 correspondent à des fragments prélevés en pleine tumeur au cours d'une intervention, 15 se rapportent à des pièces d'autopsie.

Il existe quelques types bien différenciés.

a) **Pancréatite interstitielle non systématisée.**

C'est la forme habituelle : inflammation plus ou moins récente des espaces interlobulaires, avec sclérose inter ou intralobulaire. Peu de lésions des acini eux-mêmes, dont les cellules restent très longtemps respectées ; état normal des îlots de Langherans. L'inflammation enfin ne prédomine pas autour des canaux, dont l'intégrité est fréquemment relevée, mais semble au contraire diffuser régulièrement à partir d'une zone quelconque plus gravement atteinte.

Un bon exemple de ce type histologique, de beaucoup le plus fréquent, est donné par l'examen biopsique suivant :

OBS. 125. — *Examen histologique du fragment prélevé lors de la deuxième intervention* (Docteur Joseph-F. MARTIN). — Hématoxyline Van Gieson, Malory-Masson, Hématoxyline phosphothungstique. 

1° *Architecture générale.* — A un très faible grossissement on voit, entourant presque toute la pièce, du tissu cellulo-adipeux très sclérosé et, en certains points seulement, une capsule fibreuse limitant assez exactement le territoire glandulaire. La portion centrale de la coupe est constituée par des îlots, tous très nettement séparés véritablement encerclés par du tissu conjonctif, qui souvent envoie des travées secondaires divisant en petites plages chacun de ces lobules. En un point, au centre même de la préparation, on tombe sur une zone de sclérose beaucoup plus dense : de véritables coins fibreux isolent alors les éléments glandulaires épars. Dans la partie périphérique se voient d'assez nombreux vaisseaux.

2° *Cytologie.* — Le *tissu conjonctif* comprend des fibres de collagène et de précollagène (coloration de bleu Ferrier ou par le Van Gieson). Infiltration de ces travées par des élé-

ments inflammatoires nombreux (prédominance des lymphocytes). En somme, tissu conjonctif en pleine voie d'organisation et en plein remaniement inflammatoire. Il sert de soutien à des vaisseaux, surtout à la périphérie des capillaires, le plus souvent gorgées de sang, des artères et des veines, prenant part au processus général, présentant surtout des lésions de mésartérite et de mésophlébite. Dans toute la préparation, il n'a pas été donné de retrouver un seul point lymphoïde.

Dans le *parenchyme glandulaire exocrine*, ce qui frappe de suite, c'est que, si la sclérose pénètre dans les lobules, elle n'a pas raréfié le nombre des formations glandulaires. On ne constate aucune lésion cellulaire. On reconnaît parfaitement les cellules chargées de filaments ergastoplasmiques à la base et avec le pôle apical gorgé de grains de Cl. Bernard. Dans d'autres acini, on note des stades différents : protoplasma plus clair, grains en moins grande abondance ou absents, lumière plus béante. De temps en temps, on constate quelques très rares mitoses absolument normales, qui montrent l'intégrité du parenchyme et son plein fonctionnement.

Les îlots de Langerhans tranchent par l'aspect chromophile des cellules; ils sont incontestablement en très grande abondance, certainement plus que normalement, dans le territoire envisagé. Il semble que l'on voie de très nombreux passages, de la glande exocrine, à la glande endocrine.

4) *Canaux excréteurs*. — Les canaux intralobulaires sont incontestablement normaux, ce qui permet d'éliminer tout processus d'infection ascendante. Les canaux interlobulaires ont des dimensions normales, ne sont pas dilatés, sont également intacts et le plus souvent sont engainés par un manchon de sclérose jeune qui les sépare du reste de la glande.

Il s'agit donc d'une pancréatite avec lésions exclusives dans le tissu interstitiel, lésions inflammatoires anciennes et récentes avec intégrité des éléments glandulaires exocrines, qui ont conservé leur rythme fonctionnel normal et dont la surface n'est pas diminuée. Peut-être doit-on faire une réserve sur l'hypergénèse endocrinienne. Il faut également insister sur l'intégrité des canaux excréteurs, et d'autre part

sur l'absence d'atrophie glandulaire telle qu'elle pourrait exister dans une sclérose interstitielle secondaire à l'oblitération des canaux excréteurs.

Tout à fait analogue nous apparaît un examen histologique fait par Lecène pour une biopsie du Professeur Hartmann ; il décrit : des lésions très nettes de pancréatite chronique, dissociation périacineuse en certains points, peu de lésions des canalicules excréteurs, conservation des cellules épithéliales sécrétantes du pancréas, sauf à la périphérie de certains acini.

Nous ne voulons pas répéter les exemples de cette forme histologique qui constitue bien la lésion typique de la pancréatite chronique avec ictère : *pancréatite interstitielle diffuse sans systématisation des lésions*.

b) Pancréatite interstitielle péricanaliculaire.

D'une grande importance pathogénique, elle n'est décrite que dans une observation.

OBS. 15. QUENU, 1905. — *Examen histologique du pancréas*. Le canal pancréatique présente sur la coupe un diamètre de 4 à 5 $\frac{m}{m}$ environ. Sa paroi épaisse de $\frac{1}{3}$ à $\frac{1}{2}$ $\frac{m}{m}$ comprend 2 régions distinctes, l'une externe de 250 à 350 μ formée de tissu fibreux, assez riche en vaisseaux et en fibres musculaires lisses, disposées circulairement, l'autre interne, de 150 à 200 μ d'épaisseur formée par une grande quantité de tubes d'apparence glandulaire séparés par du tissu conjonctif bourré de petites cellules rondes. Ces tubes sont généralement sectionnés transversalement ou obliquement sur une coupe transversale du canal; ils sont bordés de cellules cy-

lindriques, la plupart du temps desquamées et libres dans la lumière du tube. Les éléments cellulaires sont très fréquemment des cellules à mucus. Ces tubes paraissent être ceux de glandules venant s'ouvrir dans le canal pancréatique.

Le tissu interstitiel est formé de petites cellules rondes semblables à celles que l'on rencontre dans les tissus inflammatoires. Il n'y a pas d'épithélium continu limitant le canal, mais on rencontre cependant, de temps en temps, des bandes cellulaires à éléments cubiques ou cylindriques, détachées de la paroi.

Donc : inflammation chronique du canal pancréatique.

Les groupes acineux du tissu pancréatique ne semblent pas très altérés. Ils sont séparés par d'épaisses travées fibreuses.

La lésion essentielle est l'inflammation canaliculaire; il s'agit d'un cas complexe, où le *rétrécissement* intrinsèque du canal cholédoque s'ajoute à la pancréatite chronique sténosante.

c) Sclérose atrophique détruisant le parenchyme.

Cette étape terminale de l'évolution de la pancréatite chronique possède une individualité histologique et physiopathologique très nette.

Les deux exemples suivants illustrent la signification fonctionnelle de la sclérose totale, détruisant le parenchyme et supprimant les fonctions du pancréas.

OBS. 12. SCHMIDT. — H. 57 ans, a reçu un coup de feu dans le dos en 1866. Depuis quelques mois, douleurs dans le dos et la région épigastrique. Hyperacidité gastrique. Malade très amaigri. Selles liquides renfermant des fibres musculaires non digérées, stéatorrhée. Plus tard, on y trouve à l'œil nu des restes alimentaires intacts, viandes, macaronis. Léger ictère. Réaction des noyaux positive. Cachexie et mort.

Autopsie. — Pancréas de taille normale, mais complètement sclérosé. Conduits dilatés, pas de calculs, mais deux ou trois abcès gros comme un noyau de cerise. La vésicule grosse, ne renferme pas de calculs. Foie petit et induré.

Examen histologique. — On ne trouve plus, au niveau du pancréas, d'acini glandulaires.

OBS. 13. TELEKY, 1902. — H., 51 ans, souffre depuis l'enfance, d'entérite. En 1886, maigrit, perd ses forces. En juillet 1887, glycosurie à 4,4 %, 50 gr. en 24 heures. Traitement diététique abaissant en huit jours le taux à 0,31 % (4,5 gr. par 24 heures), et après quatre semaines : traces de sucres seulement. Pas de polyurie. Selles normales très colorées en bile. En septembre, après les repas, douleurs gastriques, puis ictère, qui va s'accroissant. Urines bilieuses sans sucre. Fèces décolorées. Foie normal, pas de tumeur abdominale. Les selles renferment des aliments non digérés (viande, graisse, lait, amylacées). Le 30 octobre, importante hématurie. Gros amaigrissement. *Mort* le 28 novembre.

Autopsie (Prof. Weichselbaum). — Foie petit, les voies biliaires intra-hépatiques sont dilatées. Bile presque décolorée. Le cholédoque, gros comme le pouce, contient un liquide semblable. La portion terminale, serrée dans la tête du pancréas, est cathétérisée avec difficulté. Muqueuse saine.

Le pancréas, en entier atrophié, très dur, montre partout à la coupe une structure glandulaire ; mais, on note entre les lobules, à l'œil nu, des traînées conjonctives. En aucun point, on ne constate de tumeur. Infiltrations hémorragiques des reins.

Examen histologique du pancréas. — Substance glandulaire très réduite. Nombreux lobules remplacés par un tissu conjonctif dur, pauvre en cellules, acini atrophiés ou réduits et comprimés et entre eux tissu conjonctif tantôt pauvre, tantôt riche en cellules. Ces modifications existent dans tout le pancréas.

d) Pancréatites spécifiques.

Nous n'entrerons pas dans le détail de l'étude des lésions spécifiques du pancréas. Cette étude est d'ailleurs à peine ébauchée. Les faits importants sont les suivants :

1. — Quelle que soit la virulence du bacille de Koch, le fait dominant est la réaction de la trame conjonctivo-vasculaire du pancréas. Il est exceptionnel de trouver des lésions spécifiques : Klippel et Chabrol (1) pensent même que la caséification d'un segment de la coupe doit toujours faire songer à l'existence possible d'un ganglion interlobulaire méconnu. On sait d'ailleurs que le critère histologique de la tuberculose est discutable et que la mise en évidence du bacille de Koch ou l'inoculation au cobaye permettent seuls d'affirmer la nature de la lésion présumée tuberculeuse.

2. — *La syphilis* est une affection qui atteint souvent les glandes et d'importantes études ont été récemment consacrées aux lésions qu'elle produit au niveau de glandes, dont la structure se rapproche de celle du pancréas, les *glandes salivaires* en particulier (2).

3. — Nous connaissons de façon certaine des pancréatites spécifiques, ce sont celles que l'on a décrites chez le nouveau-né dans les formes précoces de l'hé-

(1) KLIPPEL et CHABROL. Recherches sur la tuberculose pancréatique expérimentale. Revue de la tub. 1911. VIII. 193-205.

(2) J. JOLY. Contribution à l'étude des déterminations de la syphilis sur les glandes. Thèse de Lyon 1922-23 (inspirée par M. le Professeur Agrégé FAVRE.

rédo-syphilis (3). Certaines d'entre elles sont remarquables par l'extrême diffusion des lésions de sclérose. Nous avons donc la preuve que la syphilis atteignant le pancréas y développe des lésions de sclérose.

4. — Chez l'adulte un certain nombre de faits sont bien établis qui prouvent la réalité des scléroses pancréatiques dues à la syphilis : certaines s'accompagnent d'ictère, d'autres évoluent sans retentissement sur les voies biliaires.

Il faut s'attendre à rencontrer des lésions histologiquement polymorphes, *ne pas toujours compter sur la gomme pour affirmer le diagnostic*. La syphilis peut évoluer en donnant naissance à des lésions tuberculoïdes ou sous un type plus particulier encore celui de sclérose avec édification épithéliale réactionnelle pseudonéoplasique dont nous rapportons un bel exemple qu'a bien voulu nous confier M. le docteur Favre.

OBS. 14. M. le Docteur FAVRE.

F., 60 ans, venue pour un ictère ; arrivée très cachectique, avec un foie dur. Ictère par rétention, apparu subitement quinze jours auparavant, ayant régressé pendant le séjour à l'hôpital, et très atténué au moment de la mort de la malade, survenue peu de jours après son entrée, subitement.

Lors de son entrée, on avait cru découvrir une tuméfaction de la vésicule, qui ne put être retrouvée par la suite. Pas de température. La malade, très cachectique, ne put être complètement examinée ni longuement interrogée.

Autopsie. — Pas d'ascite. Le point intéressant a été la constatation d'un *très gros pancréas*, gris, dur, homogène,

(3) M^{lle} ПОРОВИЧ. Pancréatite syphilitique fœtale. Thèse Lyon, 1922-23 (inspirée par M. le Professeur COMMANDEUR).

uniformément hypertrophié, sans aucun nodule, donnant l'impression d'une sclérose massive du pancréas et non d'un néoplasme.

Foie dur, scléreux. Pas de dilatation nette des voies biliaires, qui ne présentent aucune lésion. L'ampoule de Vater est également saine. Pas de traces d'inflammation péritonéale.

L'examen histologique montre une transformation extrêmement considérable de la glande pancréatique. Les structures normales ont partout disparu. Le pancréas est envahi par une sclérose extrêmement étendue, qui, sur de très vastes espaces, est formée de très larges bandes fibreuses, presque tendiniformes. Ailleurs, la sclérose est moins intense, les cellules inflammatoires plus nombreuses. Dans l'ensemble, l'envahissement par le tissu conjonctif est très marqué et le mot de sclérose pancréatique totale s'impose. Dans ce tissu de sclérose, on rencontre deux dispositifs épithéliaux principaux.

1° Les uns sont de grandes cavités remplies de placards d'un haut épithélium desquamé. L'aspect de ces cavités est tout à fait celui de certains sclérokystes canaliculaires que l'on rencontre dans les cirrhoses d'autres glandes, dans les cirrhoses syphilitiques du foie en particulier, où on les a signalées depuis longtemps.

2° Un autre groupe de dispositifs épithéliaux est représenté par des cavités plus petites, très nombreuses, creusées dans le tissu de sclérose : elles sont tapissées par un épithélium beaucoup plus bas, dont les cellules sont acidophiles; en nombre de points, cet épithélium a un aspect cubique. Ailleurs, les cellules, un peu plus hautes, prennent un aspect prismatique. Cet épithélium est remarquable par son uniformité, par l'absence de signes de multiplication cellulaire et par le développement de ces cavités kystiques en pleine sclérose dense. Il existe des lésions vasculaires manifestes, portant sur les artères et les veines. Certains vaisseaux sont totalement oblitérés.

La lésion pancréatique coexistait chez le malade avec une cirrhose du foie, qui ne tenait pas sous sa dépendance l'ictère et qui, d'ailleurs, est beaucoup plus nette et plus étendue à l'examen microscopique que ne le faisait suppo-

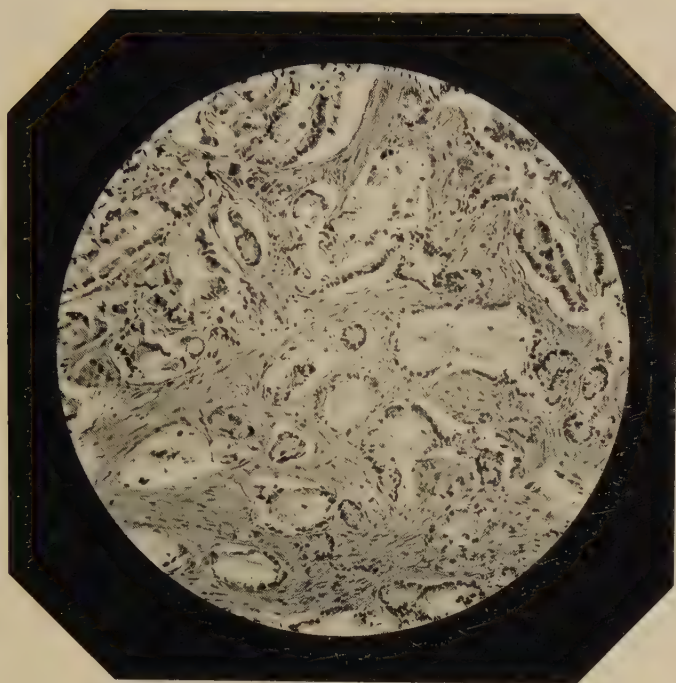


Fig. 1

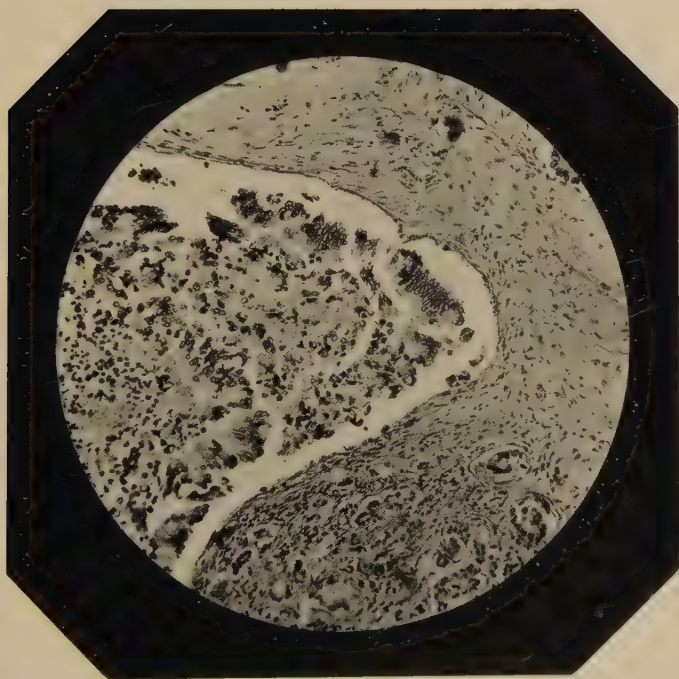


Fig. 2

Préparations dues à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé FAVRE.

Syphilis du pancréas à forme scléro-kystique.

Fig. 1. Néoformations glandulaires multiples. — Fig. 2. Fragment d'un grand kyste.

ser l'examen macroscopique du foie. Cette cirrhose est une cirrhose disséquante, dissociant le lobule, avec de nombreux îlots de dégénérescence graisseuse et de surcharge pigmentaire et une grande abondance de néo-canalicules biliaires.

Ni dans le foie, ni dans le pancréas, on ne constate de formations nodulaires telles que l'on en observe souvent dans certaines inflammations tuberculeuses ou syphilitiques.

La réaction des deux organes et surtout du pancréas a été une réaction scléreuse, avec sclérokystes canaliculaires et néoformations épithéliales, très nombreuses, qui ne doivent pas être considérées comme ayant la signification d'un véritable néoplasme pancréatique. Elles se rapprochent de ces édifications épithéliales réactionnelles, que l'on a observées sous l'influence de certaines inflammations, sous l'influence de la syphilis en particulier, où on les voit parfois très abondantes dans les foyers de *dilatations bronchiques*, où elles peuvent même prendre un aspect et un développement tels que MM. Favre et Savy qui en ont rapporté un cas ont pu parler à propos d'une sclérose pulmonaire massive, tout entière envahie par ces formations kystiques, d'un *pseudo-épithélioma pulmonaire syphilitique de l'adulte*.

M. Favre qui nous a communiqué cette observation rare a hésité, pendant quelque temps, sur l'interprétation des lésions histologiques curieuses, que présentait ce pancréas, dont l'aspect macroscopique était celui d'une sclérose totale et non d'un cancer. L'étude d'une lésion analogue antérieure des conduits biliaires fut le chaînon, qui lui permit d'interpréter comme ayant une signification inflammatoire ces lésions épithéliales si curieuses.

OBS. B. M. le Docteur FAVRE.

Il s'agissait d'un sujet âgé de 30 ans, syphilitique depuis dix ans. L'exploration chirurgicale révéla une *induration nodulaire parfaitement circonscrite, située au-dessous du confluent biliaire*. L'examen histologique de cette pièce, prélevée à l'autopsie du malade, qui ne présentait aucune métastase ganglionnaire ou viscérale et dont la lésion était uniquement représentée par le nodule du volume d'une noix, au sein duquel disparaît le cholédoque, a montré une sclérose extrêmement étendue, d'énormes altérations vasculaires, atteignant les artères et les veines, des dilatations kystiques à épithélium haut, desquamé par larges lambeaux à l'intérieur du kyste, et enfin des cavités irrégulières, parfois serpigneuses, tapissées d'un épithélium monomorphe, acidophile, le plus souvent cubique.

En l'absence de toute métastase, en notant l'aspect si particulier des sclérokystes et des néoformations très voisines de celles que l'on sait exister dans le poumon, en tenant compte des énormes lésions vasculaires, M. Favre est d'avis que de telles réactions n'ont pas la signification des processus néoplasiques vrais, mais qu'il s'agit de pseudo-épithéliomas de réaction sclérokystique et néoformative, développés sous l'influence d'inflammations dont la plus connue est l'inflammation syphilitique.

C. — Lésions de l'appareil biliaire et du carrefour sous-hépathique.

a) Etat du Cholédoque.

Les lésions mécaniques de sténose prédominent généralement au niveau du cholédoque.

Le cholédoque sus-pancréatique est très dilaté. Ses parois sont bleuâtres, minces, mais elles peuvent aussi être épaissies, congestionnées, éventualité à vrai dire exceptionnelle, sauf lorsqu'il s'agit de cas de lithiasc cholédocienne antérieure.

Après cholédocotomie, le chirurgien, explorant à la sonde les voies biliaires, ne rencontre souvent pas d'obstacle serré et franchit sans difficulté le *cholédoque pancréatique* et la papille de Vater. Quel est donc le mécanisme de la sténose?

Dans certains cas il y a bien cependant un *rétrécissement*, qui arrêtera l'instrument explorateur, une lésion pariétale du canal, existant au même niveau que la pancréatite chronique. Le dispositif anatomique peut d'ailleurs être complexe.

OBS. 15. QUENU, 1905. — F., 43 ans. Il y a neuf ans, crises de coliques hépatiques durant 12 à 15 jours, se terminant par un léger ictère, interrompues par trois grossesses. Depuis deux ans, ictère très accentué. De temps en temps, crises hépatiques, amaigrissement, perte des forces; la malade garde le lit. Température normale, pouls à 80. Diagnostic: obstruction lithiasique.

Intervention le 25 décembre. — Vésicule atrophiée (petite prune). A l'exploration bidigitale du cholédoque: pas de calcul.

Au niveau de la tête du pancréas, plaque indurée, irrégulière; incision de la vésicule: quelques grammes d'un liquide séro-sanguinolent; cystique imperméable. Attirant l'estomac en bas, on trouve, vers le hile du foie, une tumeur arrondie rappelant une grosse vésicule fluctuante, la ponction retire 350 gr. de bile; oblitération du cholédoque par la tumeur du pancréas, qui n'a aucune apparence de néoplasme. Ne pouvant utiliser la vésicule, anastomose de la poche sous-hépatique avec l'estomac. Cholécystostomie.

Mort le lendemain soir, de complications pulmonaires.

Autopsie. — Aux deux poumons, congestion intense ; les sutures ont bien tenu et même sont renforcées par des adhérences. L'anastomose hépatico-gastrique est perméable. La poche anastomosée est le canal hépatique extraordinairement dilaté, en entonnoir, dont la base, bifurquée, répond au hile du foie et le sommet à l'origine du cholédoque accusée par l'embouchure du cystique. Au confluent, le cholédoque, excessivement rétréci, ne laisse passer aucun liquide biliaire ; puis, au-dessous du rétrécissement, dilatation fusiforme, à surface blanchâtre, et nouveau rétrécissement, auquel aboutit le canal de Wirsung dilaté, et au-dessous, l'ampoule de Vater, dont la cavité est allongée et de teinte rosée. Ainsi, le cholédoque très raccourci forme une poche en fuseau, dont les deux orifices sont rétrécis. Dans l'infundibulum hépatique, grande quantité de boue biliaire, épaisse, avec de tous petits calculs friables. Dilatation des canaux intra-hépatiques. Le pancréas offre autour du cholédoque une zone sclérosée (sensation d'une plaque). Ganglions augmentés de volume.

Examen histologique. — Cholécyстите chronique. — Foie : dégénérescence graisseuse, sclérose surtout autour des canalicules hépatiques. Canal hépatique dépourvu de tout épithélium et revêtu d'une couche de cellules inflammatoires généralement peu épaisse. Lésions vasculaires. — Ganglions : inflammation chronique. — Pancréas : inflammation chronique du canal pancréatique ; sclérose interacineuse (Cf. p. 41).

OBS. 16. BRET (Pourtoy). — F., 74 ans. Entre le 26 juillet 1902. Ictère progressif depuis deux mois, précédé de douleurs lombaires, s'irradiant dans les membres inférieurs, prédominant à droite. Perte de l'appétit. Diarrhée. Amaigrissement rapide. Légère douleur dans l'hypocondre droit. Foie dépassant les côtes de deux travers de doigt. Grosse vésicule.

La température oscille entre 38°9 et 39°. Cachexie progressive. Mort le 5 août.

Autopsie. — Adhérences récentes, s'irradiant à partir de la région sous-hépatique. Vésicule distendue, cholédoque et cystique gros comme le pouce. Véritable étranglement du cholédoque, que franchit cependant une sonde, à la partie supérieure du duodénum, et au-dessous, légère dilatation. Au niveau et en dedans du rétrécissement, noyau induré appartenant à un prolongement du pancréas. Ce nodule occupe, dans l'épaisseur de cet organe, une étendue d'environ deux centimètres. Le tissu qui le constitue est lardacé, blanc nacré. On n'y reconnaît en aucune façon l'aspect habituel du tissu pancréatique ; son volume ne dépasse pas celui d'une grosse fève. Il adhère à l'artère hépatique, à la veine porte et au cholédoque ; il n'y a pas fusion complète, car une bande de tissu cellulaire lâche les sépare. Aucune généralisation. Ganglions intacts.

Examen histologique. — Le fragment ne rappelle en rien une glande ou un ganglion : c'est un bloc de tissu fibreux, avec présence de lymphocytes, surtout groupés autour des vaisseaux. On retrouve avec peine quelques vestiges glandulaires, une lacune, rappelant un canal excréteur déformé, dans lequel des cellules cylindriques sont répandues sans arrangement régulier, confondues pêle-mêle avec des lymphocytes. Cholédoque profondément altéré.

Mais, en général, et ceci nous paraît caractéristique, l'obstacle n'est pas constitué par une lésion pariétale. Il convient de comparer l'état du cholédoque dans la pancréatite chronique à celui de l'urètre dans l'hypertrophie prostatique, urètre qui n'est pas rétréci, mais aplati, comprimé par l'adénome. Cette notion, dont les conséquences thérapeutiques sont de premier ordre, est confirmée par la lecture de la plupart des comptes-rendus opératoires qui mentionnent un cathétérisme de la voie biliaire. Elle explique les guérisons rapides dues à un simple drainage,

comme aussi les variations de l'ictère. La cause de la sténose cholédocienne réside dans la tension élastique de la glande enflammée dont le degré est variable avec l'acuité même ou l'ancienneté de l'inflammation. A l'obstacle pancréatique s'ajoute souvent un appoint ganglionnaire.

L'état de la papille de Vater est rarement précisé. Nous avons éliminé les cas de sténose cicatricielle, que le catheter découvre après avoir franchi la portion pancréatique resserrée. Mentionnons seulement la possibilité d'une anormale béance de l'ampoule, rapportée à l'évacuation d'un calcul cholédocien. Peut-être enfin le spasme de voisinage de la papille joue-t-il un rôle dans le mécanisme de la sclérose cholédocienne.

b) **Lésions de la vésicule biliaire.**

La vésicule peut sembler saine et seulement distendue, peut présenter des lésions de cholécystite chronique non calculeuse ou enfin contenir des calculs.

1° *Vésicules distendues pratiquement saines.*

Desjardins avait insisté sur la constance des lésions inflammatoires de la vésicule. Il a décrit la muqueuse très épaisse, vascularisée, rugueuse, extrêmement friable. « Souvent, sinon toujours, dit-il, les opérateurs ont eu des difficultés à pratiquer soit la cholécystostomie, soit la cholécystentérostomie. » Il ajoute même : « L'opérateur pourra ainsi, par le

simple examen de la vésicule, souvent dépister la lésion pancréatique », et il situe cette lésion vésiculaire entre la vésicule lithiasique rétractée et la grosse vésicule saine du néoplasme. Le contenu vésiculaire serait enfin souvent teinté de sang.

En fait, ces données semblent ne pas concorder avec la majorité des renseignements opératoires ou nécropsiques. Dans 71 observations, la vésicule est donnée comme saine : dilatée, parfois amincie, elle présente un minimum de lésions inflammatoires et se prête bien aux sutures. Mais, souvent, elle est adhérente aux organes voisins, et Nordmann a montré l'existence de lésions microscopiques plus fréquentes, sans doute, que la pénurie de renseignements de cet ordre ne le laisse supposer. Peut-être convient-il de transposer sur le terrain histologique la formule de Desjardins.

2° *La cholécystite chronique non calculeuse, évidente*, est fréquemment associée à la pancréatite chronique (23 observations). Généralement, c'est la petite vésicule rétractée, cachée sous le foie, dans les adhérences; mais, dans quelques cas, correspondant alors nettement à la description de Desjardins, la vésicule distendue a des parois épaisses, indice à la fois d'une rétention biliaire et d'une lésion inflammatoire: l'observation inédite de notre maître, M. le Professeur Bérard, donne un exemple tout à fait caractéristique de cette forme.

3° *Lithiase vésiculaire* (1). — Elle paraît à peine plus fréquemment associée à la pancréatite chronique.

Parmi les 31 observations de *lithiase vésiculaire*, il faut noter deux cas d'exclusion par oblitération du cystique, six cas de grosse vésicule calculeuse, qui permet quatre fois (Riedel, Delore, Santy), de pratiquer une anastomose biliaire ; enfin, 7 cholécystites aiguës, dont 5 suppurées qui furent découvertes généralement lors d'une première opération. Les 16 autres cas se rapportent à des cholécystites scléro-atrophiques.

c) **La Bile en rétention.**

1° Dans quelques ictères évoluant depuis de longs mois, *la bile semblait avoir perdu toute tension* dans les canaux dilatés, mais flasques et plissés : observations 9 et 13 de Teleky, Miss Anderson (ictère installé depuis cinq mois), qui, l'une et l'autre, se terminent rapidement par la mort du malade ; observation de Kehr (123), se rapportant à une malade jaune depuis quatre ans et présentant des signes d'insuffisance hépatique.

2° La présence de *bile blanche* dans les canaux dilatés est mentionnée trois fois : associée au fait précédent dans l'observation de Teleky, indépendante dans

(1) Il ne faut pas comprendre, dans ce groupe, les cas rares de *lithiase secondaire*, caractérisée par l'existence dans une vésicule mince de calculs tout petits et très nombreux, simple conséquence de la rétention biliaire associée à un léger degré d'infection.

les cas de notre maître M. le Docteur Santy (Obs. 69), et dans celle de Constantini (Obs. 64). Classiquement (Santy et Wertheimer) (1), l'hydropisie de la voie biliaire principale se voit surtout dans les obstructions cancéreuses ; cette règle souffre donc des exceptions en faveur des pancréatites chroniques.

3° Enfin, nous voudrions insister sur *l'étude bactériologique de la bile* prélevée au cours de l'intervention. Elle fut stérile dans un cas de M. Santy, renferma du colibacille (Dujarier) ou des bacilles d'Eberth (Moynihan). Il serait intéressant de connaître, dans un plus grand nombre de cas, l'état bactériologique de la bile vésiculaire.

d) **Lésions hépatiques.**

Le foie est généralement gros. Il peut être le siège d'abcès évoluant parallèlement aux suppurations pancréatiques, ou être gros et massif comme dans une cirrhose biliaire (Kehr). Chabrol a rapporté un cas précis de coexistence de cette affection et d'une pancréatite chronique sténosante.

OBS. 17. CHABROL, 1910. — H., 43 ans. Antécédents éthyliques. A plusieurs reprises, soigné pour troubles digestifs.

Depuis, un ictère ayant évolué par poussées successives actuellement très accusé. Gros foie, grosse rate. Pas de douleurs. Décoloration des matières. Le malade a été envoyé dans le service des typhiques pour céphalée, epistaxis,

(1) SANTY et WERTHEIMER, trois cas d'hydropisie de la voie biliaire principale. *Revue de Chir.* 1923.

température à 40°. Séro-diagnostic négatif. Amaigrissement remontant à trois mois. Perte de poids de 25 kilos. Mort cinq jours après.

Autopsie. — Le foie (4.250 gr.) est scléreux ; à la coupe, série de petites granulations verdâtres, avec, au centre, une goutte de pus. La vésicule, triplée de volume, contient 180 gr. de bile, très épaisse. Le pancréas, dont le poids atteint 400 grammes (au lieu de 80), n'est point modifié dans sa forme ni dans ses proportions : hypertrophie massive, consistance notablement accrue. A la coupe, elle rappelle un véritable fibrome : des travées épaisses, blanc nacrées, sillonnent le parenchyme en tous sens, prédominant au niveau de la tête et enfouissent dans une véritable gangue le cholédoque, dont la lumière est oblitérée. Rate, 1.125 gr., fibreuse.

Examen histologique. — Foie : cirrhose insulaire de l'espace porto-biliaire ; gros abcès au niveau des canaux biliaires. Nombreux pseudo-canalicules. — Pancréas : sclérose portant sur les canaux excréteurs dont la paroi, triplée d'épaisseur, renferme de nombreux éléments inflammatoires ; les artères et les veines, les acini sont extrêmement fragmentés. : les cellules sont presque isolées. Ilots de Langerhans bien conservés.

La pancréatite chronique peut coïncider avec une cirrhose veineuse alcoolique.

OBS. 18. ARNSPERGER, 1904. — H., 58 ans, a eu une typhoïde. Depuis deux ans, ictère accentué, apparu brusquement, sans signes digestifs ni douleurs. Important amaigrissement. Foie gros, vésicule très augmentée de volume.

Intervention le 4 juin 1901 (Czerny). — Foie cirrhotique. Ascite bilieuse. Aucun calcul, ni dans la vésicule distendue, ni dans le cholédoque extrêmement dilaté ; tête du pancréas dure. Cholécystentérostomie au bouton de Murphy, rendue difficile par la fragilité des deux viscères.

Suites opératoires. — Evacuation du bouton le treizième jour. Disparition de l'ictère. Selles colorées. Départ le 13 juil-

let, en bon état, qui se maintient jusqu'au milieu de novembre 1901. Mort en août 1902.

Autopsie. — Cirrhose du foie et du pancréas, dilatation gastrique avec nombreuses ulcérations. La cholécystentérostomie était intacte et a fonctionné parfaitement jusqu'à la mort.

OBS. 19, CHABROL, 1910. — H., 39 ans. Cirrhose alcoolique depuis trois ans. Maigrit depuis six mois. Epistaxis, augmentation de l'abdomen. Brusquement, ictère intense, matières entièrement décolorées. A l'entrée prostration, température à 40°, caillots aux narines. Mort au bout de huit jours.

Autopsie. — Foie : cirrhose veineuse hypertrophique ; 1.800 gr. ; voies biliaires très distendues ; la vésicule renferme 150 gr. de bile. Le cholédoque a le volume du petit doigt. Tête du pancréas hypertrophiée, fortement indurée. Un véritable anneau fibreux entoure le cholédoque, qu'un stylet franchit difficilement. Pancréas 150 gr., très dur à la coupe, congestionné.

Examen histologique. — Foie : cirrhose bi-veineuse. Pousée d'angiocholite récente. Pancréas très bien conservé, fortement congestionné. Sclérose périveineuse, périartérielle. Canaux excréteurs indemnes. Acini hyperplasiés. Ilots de Langerhans très volumineux, très nombreux, envahis par les cellules conjonctives jeunes suivant les capillaires.

e) Lésions inflammatoires associées.

L'inflammation du péritoine sous-hépatique est parfois très intense, injectant le petit épiploon (Cotte). Elle se voit même en dehors de toute lésion de la vésicule, dans environ 25 % des cas : adhérences récentes autour du pancréas, semblant parfois s'étendre à partir de la tête de cet organe (Quénu). Bret a noté

une véritable péritonite plastique sous-hépatique. L'ascite est exceptionnelle et contingente.

Les lymphadénites sous-hépatiques sont assez fréquentes, qu'il existe une lésion nette de la vésicule ou une réaction péritonique du carrefour sous-hépatique. Les chaînes pancréatiques peuvent participer au processus. Deaver a bien marqué la fréquence et l'intérêt de ces faits, dont l'observation suivante est un bon exemple : la lésion pancréatique est, ici, moins accentuée même que la réaction ganglionnaire.

OBS. 20. DEAVER, 1918. — F., 42 ans. Depuis onze ans, douleurs abdominales variables. Quatre jours avant l'entrée, crise très sévère, après laquelle ictère généralisé. Sensibilité vésiculaire et contracture de la paroi. Nouvelle crise violente : l'ictère augmente.

Intervention. — Foie gros. Vésicule distendue et chroniquement enflammée. Cholécystectomie : nombreux calculs. Adhérences autour de l'angle hépatique du côlon. Ganglions pancréatiques très hypertrophiés. Tête du pancréas légèrement augmentée de volume. Ablation de l'appendice chroniquement enflammé.

Suites opératoires. — L'ictère commence à s'éclaircir le lendemain. Guérison.

A côté de ces adénites d'origine peut-être vésiculaire, il a été signalé des réactions ganglionnaires secondaires à l'inflammation pancréatique et directement responsables de la compression biliaire.

OBS. 21, JEAN, 1919. — H., 38 ans. Début en mars 1918, par une asthénie intense, du subictère, quelques douleurs épigastriques. Le 20 août 1918, a perdu plus de 30 kilos. Ictère intense, sans rémission. Selles décolorées, liquides, grasseuses. Foie gros, vésicule distendue. Zone pancréatique douloureuse. Grosse rate. Ascite. Cachexie prononcée.

Intervention. — La vésicule énorme se vide un peu par l'expression. Cholédoque dilaté, avec petits noyaux indurés en dedans et en arrière de lui. Pas de calculs. Cholécystojéjunostomie transmésocolique au bouton de Jaboulay. Mort le lendemain.

Autopsie. — Parois de la vésicule normales. Ganglion adhérent au cystique, qu'il coude en V. Cholédoque aplati, coudé à angles très aigus, écrasé par une adénite très importante du pédicule hépatique, qui est extrêmement épais. Ganglions durs, certains gros comme un œuf de pigeon, comprimant aussi la veine porte. Cathétérisme du cholédoque : pas de rétrécissement. La cause de la rétention biliaire est dans l'adénite du pédicule, qui se prolonge le long des vaisseaux spléniques et coronaires. Anastomose en bon état. *Pancréas* gros, surtout vers la queue (hémorragies anciennes), surface bosselée comme un sac de billes et indurée. Rate 380 gr.

Examen histologique. — Montre l'absence de tout néoplasme, La cause de l'adénite est dans la pancréatite chronique.

CHAPITRE III

Les Causes de la Pancréatite Chronique avec ictère.

A ces documents anatomiques, joignons quelques
DONNÉES ÉTIOLOGIQUES :

1° *L'âge* : Rien n'est plus variable ; il oscille de 8 à 74 ans, mais il est un âge moyen : 40 à 45 ans. Il faut séparer les *formes de l'enfant*, qui, exceptionnelles, ne présentent qu'un intérêt étiologique et sont, d'ailleurs, d'une interprétation discutable.

OBS. 22. PHÉLIP, 1920. — Garçon de 10 ans, entré le 9 décembre 1919. Trois autres enfants sains (la mère a eu deux *fausses couches* avant le premier, né à terme) ; depuis deux ans, tous les deux ou trois mois, crises douloureuses épigastriques et vomissements. Le 31 octobre, crise, depuis laquelle les douleurs persistent, s'exagérant le 7 décembre : constipation, arrêt des gaz. Traits tirés, ictère conjonctival et des muqueuses. Voussure très marquée de l'épigastre à droite surtout : tuméfaction diffuse, rénitente et, au devant, l'estomac qui clapote. Région très douloureuse. Pouls, 60. Température, 37°. Diagnostic : collection rétrogastrique.

Intervention. — Décollement colo-épiploïque : pancréas gros, surtout la tête nettement indurée. Poche énorme, bleue

verdâtre, sous le foie qu'elle soulève et auquel la rattachent des adhérences ; parois de la minceur d'une feuille de papier à cigarette, volume d'une tête de nouveau-né. Elle repousse le duodénum, occupe la fosse lombaire, descend dans la fosse iliaque. On croit à une vésicule : une ponction ramène de la bile, on en évacue plus d'un litre. Ouvrant la poche, on l'explore : pas de calculs, fixation à la paroi, drainage (1).

Suites opératoires. — Ecoulement régulier de bile (100 gr.). L'état général semble se remonter ; l'ictère, qui n'avait jamais été très foncé, diminue. Le 11 décembre, une selle noirâtre, après lavement, mais l'amaigrissement est très rapide. Mort le 19 décembre.

Autopsie. — Trois ou quatre petits abcès miliaires superficiels sur le bord antérieur du foie. Ce qu'on avait drainé est le *cholédoque très dilaté*, dont l'ouverture duodénale est perméable. Vésicule ratatinée, remplie de pus ; pas de calculs. Tête du pancréas très indurée, les canaux de Santorini et de Wirsung énormes, du volume du petit doigt, très dilatés à l'embouchure ; à leur intérieur, on voit les orifices dilatés des petits conduits pancréatiques ; l'éperon pancréatique entre l'abouchement des deux canaux est très induré.

Examen histologique (Brûlé). — Au niveau du pancréas, larges bandes de sclérose, dissociant le tissu pancréatique en gros amas ou en petits îlots, plus accentuées au niveau de la tête.

OBS. 23. LAVENSON, 1919. — Fille de 8 ans. Ictérique depuis un an. Depuis trois semaines, gonflement de l'épigastre. Tumeur kystique considérable, non douloureuse, attachée au foie, s'étendant quelque peu au-dessous et à droite de l'ombilic, degré accentué d'ictère, fèces décolorées.

Intervention. — Kyste aussi gros qu'un œuf d'autruche, recouvert en bas par le duodénum. Entre le kyste et le foie, la vésicule quelque peu distendue. Le kyste, libéré de ses connexions, est extirpé et son pédicule lié.

(1) L'examen direct de la bile a montré dans le liquide prélevé par ponction de nombreux streptocoques ; cultures négatives en milieu aérobie.

Mort le troisième jour.

Autopsie. — Kyste du cholédoque mesurant 15 cm. sur 8; cystique oblitéré. Hépatique dilaté. La portion inférieure du cholédoque, sur 3 centimètres entre le kyste et l'ampoule de Vater, était en forme de corde aussi épaisse qu'une plume d'oie, et dans son tiers supérieur seulement pourvu d'une lumière. Pancréatite chronique périlobulaire. L'oblitération de la portion pancréatique du cholédoque est regardée comme un résultat de l'angiocholite.

2° *Le sexe.* — Les femmes sont les plus fréquemment atteintes : 70 fois contre 55, répartition d'ailleurs inégale, avec la cause de la pancréatite.

3° *Affections générales antérieures.* — Trois semblent particulièrement fréquentes : *syphilis* et *tuberculose* d'une part, *fièvre typhoïde* d'autre part.

Pratiquement, les affections biliaires et la syphilis constituent ce que l'on sait de plus précis, dans le problème des causes de la pancréatite chronique avec ictère.

A. — Rôle des affections biliaires.

LA LITHIASÉ BILIAIRE détermine, surtout sous sa forme cholédocienne, des inflammations chroniques de la tête du pancréas. Mais nous ne pouvons retenir que les observations de pancréatite « survivant » à l'évacuation de calcul de la voie biliaire principale et continuant à évoluer pour son propre compte. Un très bel exemple de ces cas est donné par l'observation suivante :

OBS. 24, HARTMANN, 1923 (43). — F., 27 ans. Il y a dix-huit mois, au début d'une troisième grossesse, douleur dans l'hypocondre droit, irradiée à l'épigastre, avec vomissements et subictère. Le 5 mars 1906, accouchement ; douze jours après, 39°. Le 3 avril, ictère intense, fièvre, délire, vomissements, hématomèse. L'ictère disparaît dans le milieu du mois. En septembre, les crises se répètent, avec des frissons, de la fièvre, 40°, à intervalles de quelques jours. Le 27 janvier 1906, subictère.

Première intervention le 31 janvier 1906. — Vésicule petite, incluse dans un magma fibreux, qui englobe le duodénum. Décollement pénible, au cours duquel la branche droite de la veine porte est écaillée. Cholédoque dilaté : nous faisons remonter *de sa partie inférieure un gros calcul* ellipsoïde. Drainage de l'hépatique.

Guérison jusqu'en août : crise douloureuse, avec vomissements et diarrhée durant une journée. Série de crises successives, 38°5, avec subictère, douleur à la pression au-dessus et à droite de l'ombilic.

Deuxième intervention le 10 mai 1907. — Décollement pénible de l'estomac et du duodénum. On sent, dans la tête du pancréas, une dureté considérable. Décollement du duodénum, incision du pancréas, très dur, et ouverture du cholédoque dilaté. Pas de calculs. Drainage de la voie principale.

Guérison. La malade, revue deux ans plus tard, en 1909, s'est toujours bien portée depuis cette deuxième opération.

Examen histologique d'un fragment de la tumeur : pancréatite chronique, sclérose périacineuse. Pas de trace d'épithélioma ni de lésions folliculaires.

Dans d'autres cas, on a pu noter l'évacuation d'un calcul dans les selles.

OBS. 25, ARNSPERGER, 1904. — F., 35 ans. Depuis quatre ans, douleurs vésiculaires avec fièvre, devenues plus fréquentes. Depuis six mois, ictère. Le 24 juin 1901, femme assez faible, ictère accentué, région vésiculaire douloureuse. Il y a 14 jours, la malade aurait évacué dans ses selles un

calcul gros comme une noisette : l'ictère ne s'est en rien modifié.

Intervention le 27 juin 1901 (Nehrkoön). Foie un peu augmenté. Vésicule ratatinée, parois épaissies, un peu de bile claire filante. Le cholédoque dilaté est incisé : aucun calcul. La tête du pancréas est dure et grosse comme une petite pomme. On voit manifestement les lobules isolément hypertrophiés. La terminaison du cholédoque, resserré, est dilatée avec une sonde. Drainage du cholédoque et de la vésicule, qui ne peut être suspendue à la paroi.

Suites opératoires excellentes. Les selles se colorent. Le 27 juillet 1901, guérison.

OBS. 26, DIEULAFOY et GOSSET, 1906. — H., entre le 3 avril 1906. Coliques hépatiques depuis dix-huit mois. Ictère apparu à la suite d'une crise, le 15 février. Le 15 mars, évacuation, après une violente crise, d'un calcul cylindrique, sans modifications de l'ictère. Fèces décolorées, graisseuses. Pas de fièvre ; perte de 12 kilos.

Intervention le 23 avril. — Vésicule rétractée, masquée par des adhérences. Pas de calculs non plus que dans les voies biliaires et dans l'ampoule de Vater. La tête du pancréas est indurée (triangle de Desjardins), de telle façon qu'on la ponctionne avec une aiguille, pour éliminer l'hypothèse d'un calcul. *Cholécystectomie, drainage de l'hépatique.*

Suites opératoires. — Des plus simples. En une quinzaine de jours, la bile s'écoulait dans l'intestin par les voies naturelles, en même temps que disparaissait l'ictère, que les urines reprenaient leur coloration et que les fèces se recoloraient. Quarante jours après, le 15 juin, le malade quittait l'hôpital, entièrement guéri et ayant engraisé de 12 kilos.

A une récurrence post-opératoire de l'ictère équivalant la persistance d'une fistule biliaire totale, entretenue par une pancréatite chronique (Vautrin, Obs. 93).

Ce que nous avons dit de la cholécystite calculeuse

nous évite d'insister sur son rôle étiologique, qui la place au premier rang des causes connues du syndrome. Parfois, la complication pancréatique survient après la cholécystectomie (Obs. 94 et 95), comme si l'infection d'origine vésiculaire s'était entretenue même après la suppression de l'organe malade.

LA CHOLÉCYSTITE CHRONIQUE NON CALCULEUSE, qui vient immédiatement après, se rencontre ici plus de 5 fois sur 6 chez la femme, alors que dans la lithiasie la proportion n'est que des deux tiers ou des trois quarts.

Mécanisme d'infection du pancréas dans les cholécystites

Ce fut d'abord le *cholédoque* qui sembla la voie de l'infection, propagée par contiguité ou par le reflux de la bile infectée dans le canal de Wirsung. Ni l'une ni l'autre de ces explications, qui ont leur part de vérité, ne répondent de la majorité des faits.

Il semble hors de doute que, le plus souvent, la voie d'infection est réalisée par la *chaîne lymphatique* reliant la vésicule au carrefour rétro-pancréatique et aux ganglions mêmes du pancréas.

Kôrte, Thiroloix et son élève, Mlle Reine Maugeret, ont insisté sur la fréquence des « *cholécysto-pancréatites* » par *voie lymphatique*. Ansperger, mais surtout Deaver, ont depuis sans cesse repris et illustré cette notion. Si l'on veut rester dans le domaine des lésions évidentes de la vésicule, tout plaide en faveur de cette théorie.

1. L'importance des relations lymphatiques entre les deux organes.

Les descriptions de Mlle Maugeret, celle de Clermont, reprises par Franke, Bartels, Deaver et Pfeiffer, montrent juste au-dessous du confluent des voies biliaires un relai, le *ganglion de l'hiatus*, qui reçoit directement, ou par l'intermédiaire des efférents du *ganglion du col*, la lymphe vésiculaire. Le relai suivant est constitué par le *ganglion duodéno-pancréatique* qui, sur la moitié des pièces, est plus volumineux même, empiétant sur la face postérieure de la tête du pancréas. Franke y ajoute un ganglion constant en pleine tête de l'organe. Là, le réseau vésiculaire se rattache à la chaîne duodéno-pancréatique : celle-ci apparaît parfois, mais rarement, lorsqu'on injecte directement les lymphatiques de la vésicule biliaire. Il faut, pour que le bleu ne déverse pas de façon directe vers les ganglions pré-aortiques, piquer, non plus le réseau d'origine, mais l'un des trois ganglions du système vésiculaire. Lorsque ceux-ci sont gorgés de masse bleue, tous leurs efférents se remplissent et les trois ou quatre ganglions duodéno-pancréatiques postérieurs apparaissent (1).

2. Ainsi, ce n'est qu'*indirectement* qu'une infection vésiculaire retentira sur le système lymphatique du pancréas, par l'intermédiaire d'une *adénite du petit épiploon*, qui constitue, par sa fréquence, un second argument en faveur de cette conception (2).

(1) FRANKE. Über die Beziehungen der Gallenblasenlymphgefäße zum Pankreas. *Deutsch. Zeits. f. Chir.* 1911. CXI. 539; CLERMONT. Lymphatiques des voies biliaires. Cancer de la vésicule. *Thèse Toulouse* 1908-09; - BARTELS. Über Lymphatische Verbindungen zwischen Duodenum und Pankreas beim Hund. *Arch. f. An. u. Phys.* 1904. 299 ; 1906. 250; 1907. 267; - BAINBRIDGE. The lymph flow from the pancreas. *Brit. M. J.* 1904. 2296.

(2) A l'inverse de KEHR, MAYO-ROBSON avait bien dit que les réactions ganglionnaires se voient autant dans la pancréatite chronique que dans le cancer.

3. La possibilité de *pancréatite évoluant après cholecystectomie* : l'infection persiste au niveau du *relai ganglionnaire*, même après suppression de la vésicule infectée.

4. *La localisation même de la lésion*. Localisation *histologique* d'abord : il s'agit, sauf exception, d'une *pancréatite interstitielle diffuse, sans systématisation*, non accompagnée de lésions importantes du parenchyme. Le reflux de la bile dans le canal pancréatique a, comme premier effet, l'infection du système excréteur et des éléments glandulaires. Localisation *macroscopique* d'autre part : la rareté des lésions limitées autour du cholédoque est mal expliquée par l'hypothèse systématique de *péricholédocite*, se propageant aux parties voisines du pancréas et, dans le cas même de sclérose localisée le long du duodénum et du cholédoque, n'est-il pas très simple de l'expliquer par la topographie de la chaîne ganglionnaire. Comme le fait remarquer Deaver, le pancréas ne possède pas un hile unique et en particulier les lymphatiques émergent de la glande en des points multiples, réalisant une distribution segmentaire. L'un seul des secteurs lymphatiques du pancréas est-il intéressé, — et c'est généralement dans le cas de *cholécysto-pancréatite* le secteur *juxtacholédocien*, — on aura le nodule compresseur de la voie biliaire principale, auquel se juxtapose, nous l'avons vu souvent, un ganglion hypertrophié.

B. — Infections spécifiques

Plus souvent que l'histologie, ce sont les données étiologiques qui rattachent le syndrome pancréatique aux infections spécifiques : le plus grand nombre de ces cas furent retrouvés confondus avec des observations banales de pancréatite chronique.

a) La syphilis

Ceci est surtout vrai pour la *syphilis*. Une fois, elle a donné des gommes ; dans l'observation qu'a bien voulu nous confier M. le Docteur Favre, elle peut être identifiée par les caractères histologiques de la lésion. Mais dans huit observations, elle est découverte seulement dans les antécédents, l'examen clinique général ou le traitement d'épreuve. L'absence de calculs vésiculaires est à noter, mais il peut s'associer quelquefois une certaine réaction vésiculaire à la lésion du pancréas.

OBS. 27. TRINKLER, 1903. — F., 28 ans. Depuis un an et demi, coliques hépatiques ; depuis plusieurs semaines, douleurs épigastriques et dans la région hépatique, vomissements, diarrhée et ictère.

Intervention. — Vésicule et voies biliaires saines, sans calcul. Foie mou, granuleux. La tête du pancréas est dure, bosselée, renfermant des gommes de la grosseur d'une lentille à celle d'un pois. L'abdomen est fermé immédiatement. Un *traitement antisypilitique* est institué : l'ictère disparaît vite ; l'interrogatoire révèle alors une syphilis indubitable.

OBS. 28. BARLING, 1900. — H., 35 ans, admis le 4 mars 1899, douleurs abdominales et jaunisse. Onze mois auparavant,

douleurs vives dans l'hypocondre gauche. Quelques mois plus tard, s'alite pour douze semaines : douleurs vives et vomissements. La dernière crise date du 29 octobre ; douleur aiguë, en coup de poignard dans le dos, se propageant dans la hanche et la cuisse, frissons, vomissements, apparition de l'ictère, qui est très foncé, foie à plus de trois pouces au-dessous des côtes. Une masse dure et sensible, arrondie, sonore, est sentie sous le grand droit, atteignant la ligne médiane à un pouce et demi au-dessus de l'ombilic.

Intervention. — Vésicule distendue, mais la masse perçue était la tête du pancréas très augmentée, dure et lobulée. Pas de calculs, ni dans la vésicule, ni dans les voies biliaires. Cholécystoduodénostomie au bouton de Murphy.

Suites opératoires. — La jaunisse disparaît bien vite. Bouton évacué le treizième jour. Le malade retourne bientôt après à son travail et se fait examiner de temps en temps.

Le gonflement pancréatique peut encore être senti, bien qu'il diminue de volume, et l'état général permettait un travail assez pénible.

Tout récemment, j'apprends d'une façon tout à fait accidentelle que le malade avait eu un chancre induré, il y a trois ou quatre ans, mais il n'a pas eu d'autres manifestations syphilitiques et je n'associe pas du tout l'affection pancréatique à cette maladie.

OBS. 29, TERRIER (Daviau, 1906). — H., 38 ans, syphilis à 22 ans. En janvier 1904, violentes douleurs en ceinture, avec maximum dans le flanc droit et à 5 centimètres au-dessus et à droite de l'ombilic. En même temps, glycosurie (150 gr. par 24 heures), pendant trois semaines. Régime sévère : le sucre disparaît, les douleurs, diminuées, persistent. Glycosurie de nouveau en juillet : le 29 juillet, ictère, après un amaigrissement de 8 kilos en un mois et à la suite d'un embarras gastrique violent avec fièvre. Le sucre reparaît encore en janvier 1905, coïncidant avec une recrudescence de l'ictère, qui augmente, malgré traitement intensif à l'iode. L'ictère est variable, la diarrhée persistante. A l'entrée, malade squelettique. On assiste à une crise douloureuse, avec

frissons et 37°8. Un peu au-dessus et à droite de l'ombilic, une induration mal limitée, douloureuse, ovalaire, mesurant 5 centimètres horizontalement et 3 à 4 verticalement. Cette tumeur n'est pas mobile ; elle est sonore.

Intervention le 27 juillet 1905. — Dans la tête du pancréas, tumeur, irrégulière, bosselée, du volume d'une grosse noix, à grand axe horizontal, mal limitée, rénitente et presque molle par points, mobile avec le pancréas. On prélève en pleine tumeur un petit cube, hémorragie assez notable. Des ganglions, six à huit, sont échelonnés le long du cholédoque. La vésicule, à parois très épaisses, incisée, ne contient pas de calculs. Muqueuse injectée, dépolie et friable. Cystique oblitéré. Dans la partie supérieure du petit épiploon, un canal du volume d'un petit doigt, bleuâtre, exactement semblable à la veine porte, l'hépatique extrêmement dilaté. On l'incise. Un flot de bile jaillit sous pression. Après avoir évacué 200 gr., on place un *drain* qui remonte jusqu'à la bifurcation. Le bout inférieur, exploré, montre l'occlusion complète du cholédoque, enserré par le pancréas. *Cholécystectomie*.

Suites opératoires. — Vomissements hémorragiques. Mort le deuxième jour.

Examen histologique des pièces. — Fragment pancréatique atrophie et sclérosé ; le tissu interstitiel, hypertrophié aux dépens du parenchyme glandulaire, enserre et subdivise irrégulièrement les lobules et les acini ; il est constitué par des fibrilles et des fibres conjonctives adultes. Les cellules glandulaires offrent par place des lésions de dégénérescence granulo-graisseuse ; il s'agit en somme d'une cirrhose atrophique. Vésicule : lésions de cholécystite chronique.

Examens de laboratoire. — Deux pipettes contenant un liquide visqueux prélevé dans la vésicule biliaire furent *ensemencées* et ne donnèrent aucune culture.

Analyse des fèces (Gaultier), le 13 juillet 1905. A l'absence totale de bile dans l'intestin, est surajoutée une diminution notable du suc pancréatique, ne permettant pas de penser à une altération totale de la glande, mais à une altération partielle (adénome, kyste, épithéliome), ou plus simplement

à une réaction inflammatoire, comme on en rencontre au cours de l'ictère catarrhal.

OBS. 30, Docq, 1911. — F., 28 ans. Il y a quatre ans, contracte la syphilis. Soignée avec des piqûres d'huile grise, elle cesse son traitement au bout de quelques mois, prétextant des crampes et de la diarrhée accompagnée de violentes coliques ; douleurs tardives, trois heures environ après le repas, violentes, se terminant parfois par un vomissement. Amaigrissement de quelques kilos. Traitement médical huit jours, sans amélioration ; un subictère s'est installé silencieusement ; épigastre sensible ; défense musculaire. Un repas d'épreuve de Gaultier (utilisation des graisses à 34 %) et l'examen des urines (traces de sucre), font croire qu'il s'agit de cholélithiasé avec participation du pancréas. Les jours suivants, l'ictère augmente, les selles sont en partie décolorées, puis tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours. Puis, survient une vraie crise de coliques hépatiques.

Intervention le 14 février 1908. — Vésicule gonflée, turgescente et chaude ; nombreuses adhérences. Cholédoque dilaté, œdématié. Décollement du duodénum ; la tête est indurée et hypertrophiée ; on ne sent ni calcul, ni tumeur. *Cholécystectomie, drainage des voies biliaires.*

Suites opératoires. — Selles colorées au quinzième jour. Départ au vingt-huitième jour. Revue en décembre 1909, elle est restée en bonne santé. A repris son traitement mercuriel.

OBS. 31, THOMSON, 1911 (3). — H., 40 ans, admis le 24 mai 1909, pour un ictère intense, persistant depuis quatre semaines ; a contracté la syphilis en 1896. Dysenterie pendant la guerre sud-africaine. A vomi chaque matin, pendant deux ans ; mais, depuis, a été en bonne santé. Traitement mercuriel et ioduré. L'ictère progresse, devient noir verdâtre. Amaigrissement ; vague tuméfaction et sensibilité juste au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane. La température est restée normale. Diagnostic de syphilome ou de tumeur du pancréas.

Intervention le 20 juin 1909. — Pas de calculs. Vésicule distendue ; la tête du pancréas est grosse, dure et fixée ;

aucune autre tuméfaction le long du pancréas. Le foie est très gros, mais non envahi. Cholécysto-jéjunostomie.

Rapide convalescence et complète guérison, maintenue actuellement (22 juillet 1911).

OBS. 32, CASTAIGNE et DUJARIER. — H., 53 ans, a contracté la syphilis à 23 ans. Pilules mercurielles seulement pendant trois mois. Six mois après, deux crises durant chacune vingt heures, subictère. Pendant dix-huit ans, crises intermittentes peu prononcées. Il s'abstenait d'alcool, évitait toute imprudence alimentaire. En août 1911, dégoût pour la viande. Urines acajou et décoloration des matières. En janvier 1912, l'amaigrissement et la jaunisse s'accroissent. Le traitement mercuriel, mal toléré, n'amène aucune amélioration. En février : diagnostic de calcul vésiculaire; après un mois de traitement médical, l'ictère disparaît. En juillet 1912, puis en janvier 1913, nouvelles crises, avec ictère prononcé, sans fièvre. De temps à autre, douleurs hépatiques pendant quelques heures. Les matières restaient décolorées. L'ictère toutefois était peu accusé, mais sans aucune autre amélioration.

Intervention le 21 août 1913. — Adhérences très serrées. Foie irrégulier, ficelé, granuleux et dur. Tête du pancréas hypertrophiée, dure et granuleuse dans son ensemble. On ne sent pas de calcul de la papille. Cholédoque élargi et épaissi, exploré à l'hystéromètre; pas de calcul. On pénètre dans l'intestin, sans difficulté. Drain de Kehr.

Suites opératoires. — La bile coule en abondance; le 1^{er} septembre, on enlève le tube. 11 septembre, 606 : 0 gr. 15; 16 septembre : 0 gr. 45. Le 7 novembre : le malade se porte bien, a engraisé, l'ictère a complètement disparu, l'appétit est excellent.

OBS. 103, Ch. S. WHITE, 1920.

OBS. 120, ALAMARTINE, inédite.

OBS. 124, AIGROT, inédite.

b) La tuberculose

Elle semble moins souvent en cause : certaine dans deux cas, elle semble probable chez deux autres malades.

OBS. 33, MAYO. — H., 38 ans, malade depuis quatre mois, gardait le lit depuis un mois et demi environ. Douleurs dans l'hypocondre droit, s'irradiant jusqu'à la colonne vertébrale. Vingt-huit jours avant sa mort, jaunisse ; il ne lui fut plus possible de se coucher sur le côté droit. Quelque temps avant la mort, on avait constaté une grosse tumeur au-dessus de l'ombilic ; le bras droit et une partie du cou étaient œdématisés.

Autopsie. — Epanchement séreux pleural droit, grande distension de la vésicule biliaire, qui contenait 8 onces de liquide. La tumeur perçue par l'examen siégeait sur le pancréas, dont la tête, irrégulièrement sphérique, de 4 pouces de diamètre, comprimait le conduit biliaire : le reste de la glande était un peu augmenté de volume. L'organe était, par places, normal, mais, par places, infiltré de matières tuberculeuses formant en deux ou trois points des abcès remplis d'un pus épais. Le thymus et les reins semblaient avoir été atteints secondairement.

OBS. 34, VILLARET et CHABROL, 1911. — H., 58 ans, entre pour un ictère par rétention. Amaigrissement de 13 kilos en dix mois. L'ictère a évolué par poussées depuis trois ans. Matières colorées; grosse rate et gros foie. Température, 37°-38°. Mort par cachexie progressive en trois mois.

Autopsie. — Ascite hémorragique. Véritable gangue fibreuse autour du foie (foie glacé) et de la rate. Dilatation des voies biliaires intra-hépatiques. Vésicule triplée de volume; cholédoque très dilaté dans toute son étendue. Une coque fibreuse entoure le pancréas, le fixe et envoie des travées à son intérieur. Consistance ligneuse. Foyer caséux adjacent, dans la région cœliaque.

Examen histologique. — Pancréatite interstitielle, hyperplasie diffuse des acini, pas de cancer ; sclérose extrêmement serrée, les acini sont parfois détachés isolément. Pous-sée inflammatoire récente. Dans les ganglions cœliaques, cel-lules géantes. Follicules tuberculeux dans la rate.

OBS. 35, DELORE, 1921 (6). — H., 47 ans, sujet à de fré-quentes bronchites. Ictère datant de quatre mois, ayant débuté brusquement, sans coliques hépatiques. Prurit in-tense ; amaigrissement rapide.

Actuellement, le malade est dans des conditions très mau-vaies, cachectique ; l'ictère est foncé, le foie très aug-menté de volume, la vésicule grosse. On pense à la possi-bilité d'un cancer du pancréas, mais en faisant des réserves touchant la possibilité d'une obstruction de nature inflam-matoire : la température oscille entre 38° et 39°.

Intervention le 10 novembre 1916. — Laparotomie oblique sous-costale droite : le foie est volumineux, dur, la vésicule distendue et épaissie. On ne sent pas de calculs ; mais les voies biliaires sont dilatées et on sent dans la tête du pan-créas, des nodosités qui paraissent plutôt inflammatoires.

Cholécystentérostomie sur la première anse grêle (3 plans au catgut). La vésicule est remplie d'une bile noire, épaisse, qu'on exprime.

Suites opératoires simples. Diminution rapide de l'ic-tère, disparition du prurit, amélioration de l'état général. Dans les deux mois qui suivent, le malade engraisse de 13 kilos. Au bout de dix-huit mois, sans récurrence de l'ictère, on voit évoluer les lésions pulmonaires (présence de bacilles de Koch dans les crachats). Décès 2 ans après l'intervention, sans qu'aucun signe hépatique ait été à nouveau constaté.

OBS. 36, DOCQ, 1911. — F., 57 ans. Mère, une sœur et un fils morts de tuberculose. En 1909, douleurs très vives deux ou trois heures après le repas, teint subictérique, mai-greur prononcée. Tuméfaction de l'hypocondre droit, dou-loureuse, fixée. Les épreuves digestives aident au diagnostic

de pancréatite. On retrouve dans les antécédents plusieurs périodes d'amaigrissement, de déchéance, presque sans cause, avec des douleurs abdominales.

Intervention. — Voies biliaires étouffées dans d'innombrables adhérences, après incision des ligaments gastro-hépatique et gastro-côlique, la tête du pancréas apparaît très hypertrophiée, scléreuse par endroits; l'embouchure du cholédoque est englobée dans la masse. Quelques ganglions hypertrophiés sont extraits pour l'examen histologique. Drainage de l'hépatique.

Suites opératoires. — La bile est dérivée pendant une semaine; la malade se remet rapidement. Revue dans le courant de 1910, elle a hautement bénéficié de l'intervention.

L'atteinte ganglionnaire, que signalent ces observations, apparente peut-être le mécanisme de l'infection tuberculeuse du pancréas à celui des cholécysto-pancréatites.

C. — Cas indéterminés

Dans l'ignorance, où l'on est de la cause, il faut rechercher minutieusement tous les *éléments possibles d'orientation*.

INFLAMMATIONS GANGLIONNAIRES ET PÉRITONÉALES DE LA RÉGION SOUS-HÉPATIQUE

Dans le quart des pancréatites chroniques sans lésion vésiculaire apparente, existent des réactions inflammatoires du péritoine sous-hépatique, parfois subaiguës, souvent réduites à quelques adhérences molles unissant pancréas, duodénum et vésicule. Une

hypertrophie ganglionnaire coïncide souvent avec cette *péritonite sous-hépatique*. La pancréatite ne devient plus alors *qu'un des éléments d'un état inflammatoire plus général*, étendu à toute une région.

Convient-il, avec Deaver, d'en rechercher la cause dans des lésions très discrètes de la vésicule, des lésions appendiculaires, intestinales ?

Pourtoy, en 1903, donnait une interprétation de ces faits. Il disait notamment : « Quant à l'altération elle-même du tissu glandulaire, il nous semble légitime d'admettre qu'elle est due à l'extension du processus inflammatoire dont le péritoine est le siège et qui, des enveloppes péritonéales, peut se propager aux viscères sous-jacentes ».

On peut, en réalité, admettre aussi que la réaction inflammatoire sous-hépatique **est secondaire à la pancréatite chronique**.

Ce que nous voulons seulement retenir, c'est l'existence de pancréatites avec ictère, associées à une inflammation du carrefour sous-hépatique, dont la cause reste cachée.

NOTION D'UNE TYPHOÏDE DANS LES ANTÉCÉDENTS

Elle se retrouve 7 fois, et dans 4 cas, sans qu'existe une lésion grossière de la vésicule. Une fois le rôle de la fièvre typhoïde peut être parfaitement saisi, le bacille d'Eberth étant retrouvé dans la vésicule, persistant même dans la bile, trois semaines après l'établissement d'une cholécystostomie. On peut donc parler de pancréatites typhiques.

OBS. 37, MOYNIHAN, 1903. — Garçon de 13 ans. Typhoïde en septembre 1911. Depuis sa convalescence, douleurs à maximum épigastrique, un peu à droite de la ligne médiane, durant trois ou quatre heures, avec, quelquefois, vomissements. En novembre 1902, à la suite d'une crise, ictère qui persiste. Pas de fièvre. Enfant affaibli, sans appétit. Sensibilité au-dessus et à droite de l'ombilic.

Intervention le 6 mars 1903. — Vésicule et canaux biliaires distendus. La tête et une partie du corps du pancréas sont doublées de volume et dures comme une pierre. Cholécystostomie.

Suites opératoires. — Drainage maintenu quatre semaines. La bile prélevée au cours de l'opération a donné du bacille d'Eberth et le sang du malade la réaction de Widal. Au bout de trois semaines, la bile renfermait encore de nombreux bacilles d'Eberth; elle était aseptique au bout de cinq semaines.

Dans d'autres cas, les délais sont plus longs, mais ce que l'on sait de la persistance prolongée du bacille d'Eberth dans la vésicule permet, semble-t-il, de tenter de rattacher encore pancréatite et typhoïde (Griffiths, Patel). Le chaînon nous semble être retrouvé dans certaines de ces inflammations sous-hépatiques sur lesquelles nous avons insisté (Delore).

Ajoutons à ces faits une observation où fut retrouvé le *Bacillus enteriditis* de Gärtner: la parenté de ce microbe avec les bacilles paratyphiques B permet de ranger ce cas à la suite des affections incontestablement typhiques.

INFLAMMATION DUODÉNALE

Constatée nettement dans un cas (Delore), elle a été souvent incriminée et parfois rattachée à l'al-

coolisme, facteur dont nous n'avons pas noté la fréquence particulière. Cette duodénite peut provoquer la lésion du pancréas :

1° *Par l'intermédiaire d'une infection biliaire.* Desjardins avait soutenu que lorsqu'on trouve coexistantes cholécystite et pancréatite, il ne faut pas considérer la première comme la cause de la deuxième, mais estimer qu'elles sont deux complications parallèles et synchrones de la même affection duodénale.

2° *Par l'intermédiaire d'inflammation sous-péritonéale* et surtout ganglionnaire, les relations lymphatiques intimes du duodénum et de la tête du pancréas étant la base anatomique de cette hypothèse.

3° *Par voie canaliculaire ascendante.* La signification pathogénique du triangle d'infection de Desjardins est liée à l'existence de lésions du système excréteur du pancréas, qui, nous l'avons vu, est intact le plus souvent.

Cette théorie, déjà ancienne, puisque Carnot a pu dire que « la notion des infections ascendantes domine toute la pathologie du pancréas », a un grand intérêt dans la détermination du processus des scléroses dans certains diabètes (Gellé 1908). Mais, ici, il semble s'agir d'un autre mécanisme.

Certains auteurs ont étudié l'état de la papille de Vater et ont pensé que, lorsqu'elle était dilatée, le contenu intestinal pouvait passer dans le canal de Wirsung et y causer des lésions inflammatoires.

Williams et Busch ont insisté sur ces faits dans la pathogénie de la pancréatite aiguë. Archibald a re-

pris cette hypothèse vaticienne pour expliquer l'inflammation chronique du pancréas. Il admet l'existence d'un spasme du sphincter, sous la dépendance d'inflammations duodénales et parfois d'ulcères. La sténose vaticienne ainsi réalisée entraînerait un reflux de la bile dans le canal de Wirsung, et par suite causerait la pancréatite. Après le spasme, le sphincter se relâche à l'excès et, quinze fois, il a vu à la radioscopie une quantité très appréciable de sel opaque pénétrer dans l'ampoule de Vater. Comme dans la plupart de ces cas existaient des signes cliniques de pancréatite chronique, il admet une relation de cause à effet entre cet état de l'ampoule et l'inflammation de la glande.

*
* *

A côté de ces cas, où la cause n'est pas évidente, mais où, cependant, on trouve un élément d'orientation, qui permette de retrouver plus ou moins nettement la trace de la voie suivie par l'infection, il existe un nombre important de pancréatites chroniques avec icterè, chez lesquelles rien ne vient éclairer le problème pathogénique.

On raisonne alors, soit par analogie, attribuant à une infection vésiculaire atténuée la part principale dans la production de la lésion interstitielle. Ou bien, on s'appuie sur des faits expérimentaux tels que ceux d'Abrami, Richet et Saint-Girons, et on conclut à la localisation, sur la tête du pancréas, de microbes cir-

culant dans le sang et pouvant même, en s'éliminant à ce niveau, produire des lésions des canaux.

Il faut donc se contenter, croyons-nous, de dire, dans ces cas, qu'on ne sait rien. Au point de vue chirurgical, il semble cependant nécessaire d'admettre que l'état de la bile vésiculaire joue probablement un rôle important, sinon dans la production, tout au moins dans l'entretien de l'infection, mais ne jamais oublier la possibilité d'infection sanguine, dont la mieux connue et la plus intéressante est la syphilis : les signes doivent en être toujours minutieusement recherchés.

CHAPITRE IV

Symptômes et Diagnostic

Les données cliniques et les résultats de l'exploration opératoire doivent se compléter. *Il est impossible de faire cliniquement, de façon certaine, le diagnostic du syndrome pancréatite chronique avec ictère*, on ne peut qu'en discuter l'hypothèse dans quelques cas. Contrairement aux espoirs suscités, il y a une vingtaine d'années, on n'a pas le droit de poser avant l'intervention un tel diagnostic. Mais les éléments que fournit une analyse clinique minutieuse, confrontés avec les données de l'exploration chirurgicale, devront jouer le plus grand rôle dans l'établissement d'un diagnostic opératoire.

A. — Syndrome ictère par pancréatite chronique

Lorsque les symptômes d'une affection antérieure ne se superposent pas à ceux de la phase d'installa-

tion de la maladie, il est souvent facile d'individualiser, précédant la *période d'état* définie par l'ictère, une *phase de début*, déjà riche en symptômes, et qu'il est capital de retrouver dans l'interrogatoire du malade.

a) **Période de début**

Elle est caractérisée par des crises douloureuses abdominales et par des signes progressifs, mais encore discrets, dans leur intervalle.

1° *Les crises douloureuses de la pancréatite chronique* apparaissent plusieurs années, 1 an 1/2, 2 ans, 8 ans (obs. 47), mais, plus fréquemment, 5 ou 6 mois avant le début de l'ictère. Elles sont d'abord espacées et la première colique peut rester longtemps solitaire. Elles ne manquent, pour ainsi dire jamais, mais leur degré est essentiellement variable.

L'apparition de la crise pancréatique est bien souvent sans rapport avec l'ingestion alimentaire. Un des exemples les plus caractéristiques est donné par l'observation 52, que nous a confiée notre Maître, M. le Professeur Bérard. Ce malade, bien que porteur de lésions de cholécystite chronique (épaississement des parois d'une vésicule distendue), a présenté de la façon la plus nette et la plus pure, le syndrome douloureux de la pancréatite chronique. Dans beaucoup de cas le tableau clinique n'est qu'estompé, mais on retrouve cependant à l'analyse les éléments essentiels du syndrome douloureux pancréatique.

Le siège de la douleur est assez fixe: rarement can-

tonné dans l'hypocondre droit, le maximum de la souffrance est reporté à l'épigastre. *Cette douleur au creux de l'estomac* diffuse aussi sous le rebord costal gauche. Ses irradiations postérieures sont des plus fixes — et déjà Mayo-Robson avait attiré l'attention sur elles ; exceptionnelles dans l'épaule droite, elles se localisent entre les deux épaules et bien plus souvent encore dans la *région lombaire*. Cette douleur *médiane*, à la fois épigastrique et lombaire, cette sensation de transfixion s'apparente à la douleur des ulcères de la petite courbure; certains malades ont été ainsi traités pour une lésion gastrique (obs. 48, 81).

La crise dure 2, 3 heures, ou plus, et ceci, surtout lorsque la pancréatite évolue depuis quelques mois. Une crise plus marquée peut s'accompagner de vomissements et d'une *poussée fébrile*. La majorité des observations ne mentionne, malheureusement pas, la prise de la température. Une quinzaine de fois, elle a été notée et dans les deux tiers des cas une ascension nette, à 38°5, a marqué la poussée inflammatoire pancréatique. Parfois s'ajoutent des frissons.

2° *Très irrégulières* dans leur répétition, les crises laissent souvent après elles un ensemble de *signes digestifs et généraux progressifs* : dégoût pour la graisse et les viandes, anorexie, nausées. La diarrhée pancréatique est rarement notée; le malade perd ses forces, maigrit.

3° L'*ictère apparaît*, schématiquement, 5 à 6 mois après la première colique; exceptionnellement, il peut être le premier signe, précédant les douleurs. Il peut faire des apparitions fugaces avant de s'instal-

ler définitivement, mais plus souvent les coliques ont été exemptes des signes de rétention biliaire qui ne se montrent, pour la première fois, qu'au cours d'une crise particulièrement intense et prolongée.

b) Période d'état

1° *L'ictère par rétention*, intermittent ou progressif, ne se plie à aucune règle fixe. Dans une trentaine de cas seulement son évolution est donnée avec détails et les variations d'intensité ont été notées plus de deux fois sur trois. Tous les degrés sont possibles, depuis l'ictère bronzé, noir, jusqu'au subictère, avec matières incomplètement décolorées. D'une façon habituelle, on note un gros foie; la vésicule est distendue et facilement perceptible dans les formes pures de toute cholécystite.

2° Les *douleurs* spontanées peuvent persister et chaque crise être alors suivie d'une recrudescence de la jaunisse; plus souvent, elles s'atténuent, sans que l'on comprenne d'ailleurs bien la cause de cette modification. On ne peut, en général, préciser nettement un point douloureux cholédocien. Ce qui est le plus important, c'est la notion même d'une *zone douloureuse* à l'épigastre ou dans l'hypocondre, et surtout si elle s'objective par une *contracture localisée de la paroi*, signe de grande valeur.

3° La *température* est souvent normale; mais, lorsque le tracé thermique a été pris régulièrement, il est rare que l'on ne note pas quelques clochers. Quel-

quefois, des accès fébriles nets entrecoupent, à intervalles de 8 à 10 jours, une évolution, dans l'ensemble, apyrétique.

4° L'*amaigrissement* devenu considérable se mesure à la reprise de poids post-opératoire, 10, 15 et même 20 kilogs. L'asthénie s'accroît ; cependant certains malades, ne souffrant plus, ont continué à travailler quelque temps encore après l'établissement de l'ictère.

5° Il existe encore une série *de signes accessoires*.

1. La *tumeur* est exceptionnellement reconnue : la contracture de la paroi peut la masquer, aussi conseille-t-on de palper une dernière fois le malade sous anesthésie : on a découvert ainsi une tumeur transversalement allongée au dessus et à droite de l'ombilic (1).

2. *De même que la glycosurie, les signes de déficit exocrine sont rares*. On ne peut tenir compte d'ailleurs de mesures anciennes dont la valeur est discutable. La méthode d'Einhorn doit remplacer les épreuves indirectes et infidèles et permettra de fixer le déficit digestif. Le pancréas semble conserver sa valeur physiologique, liée à l'intégrité longtemps maintenue du parenchyme sécréteur.

L'évolution spontanée de la pancréatite chronique avec ictère paraît progressive, mais longue ; l'ic-

(1) On a cherché récemment à déceler l'existence d'une tumeur pancréatique par l'étude radiologique des variations de l'anse duodénale. Il semble que les images les plus nettes soient données par l'injection directe de baryte par une sonde duodénale.

tère a persisté chez certains malades 1 an, 14 mois, 2 ans, 4 ans, 7 ans.

Mais les observations nécropsiques que nous avons relatées plus haut montrent, même en l'absence de toute complication locale, le danger possible de l'insuffisance hépatique.

c) **Formes étiologiques**

1° *Cholécysto-pancréatite avec ictère.* — Schématiquement, cette forme est caractérisée par la superposition ou mieux la substitution des crises douloureuses pancréatiques aux coliques vésiculaires, installées généralement depuis de longues années. Les premiers signes que l'on puisse rapporter à la pancréatique chronique sont l'apparition : 1° de crises douloureuses d'une intensité anormale ou répétées avec une fréquence inaccoutumée ; 2° d'un ictère passager ; 3° de frissons et d'élévation thermique faisant parfois songer à des crises de fièvre intermittente.

Ce ne sont en somme que les symptômes d'une lithiase cholédocienne greffée sur la lésion vésiculaire ancienne.

L'état de la malade, et de nombreuses observations le signalent, s'aggrave alors nettement, les troubles digestifs s'exagèrent, l'amaigrissement, l'asthénie apparaissent ; la femme qui jusqu'ici supportait bien sa maladie vésiculaire et menait entre les crises sa vie habituelle, cesse souvent son travail et s'alite.

Ce tableau est surtout celui de la pancréatite compliquant une lithiase vésiculaire. Lorsqu'elle s'asso-

cie au contraire à une cholécystite non calculeuse, les symptômes de la première phase sont atténués ou absents, ce qui permet de ne pas affirmer la priorité constante de la cholécystite et de penser que l'inflammation du pancréas peut être parfois, non plus l'effet, mais la cause même des lésions infectieuses chroniques de la vésicule.

2° *Syphilis pancréatique avec ictère*. — Il faut noter l'absence ou la grande rareté des réactions thermiques et des frissons, la possibilité de signes de déficit glandulaire externe plus accentués et même de glycosurie, l'existence d'une vésicule dilatée.

B. — **Eléments de diagnostic clinique**

Tout l'intérêt de l'analyse clinique consiste à découvrir les signes qui permettront de mettre en doute la nature néoplasique de la tumeur découverte à l'intervention.

a) **Notion d'un ictère non néoplasique**

1° Il est des cas où le seul diagnostic à faire est celui de calcul cholédocien. Nous croyons que l'on peut déceler parfois l'atteinte du pancréas (siège de la douleur), mais il est impossible de dire s'il s'agit ou non d'une réaction autour d'un calcul enclavé.

2° Parfois, au syndrome cholédocien net s'ajoute une *grosse vésicule*; trop de signes plaident encore en faveur du calcul, que contredit cependant l'application de la loi de Bard et Pic.

3° Les antécédents vésiculaires sont nuls, les crises douloureuses pancréatiques ont été estompées. Il faut fouiller dans l'histoire du malade, le laisser en observation, tenir compte des variations de l'ictère si minimes soient-elles, chercher le souvenir de frissons, de crises fébriles, surveiller la courbe thermique et les modifications du pouls, noter une contracture localisée de la paroi. Il est rare que tous ces éléments fassent défaut et qu'une réserve ne puisse être faite en faveur d'un calcul cholédocien. L'âge même peut rendre improbable un cancer pancréatique que la clinique paraît presque imposer (Obs. 105).

b) **Absence de tout signe de certitude de cancer**

La connaissance de ces formes « pseudo-néoplasiques » de la pancréatite chronique avec ictère exige donc, pour pouvoir affirmer de façon formelle le néoplasme, des *signes de certitude*, généralisation hépatique, ascite cancéreuse, hémorragies occultes (signe de grande valeur, si l'ictère est variable) (1).

L'*amaigrissement* même ne peut pas être considéré comme un signe formel. Peut-être est-il, dans la pancréatite, moins rapide, moins foudroyant, mais des faits incontestables montrent le degré important qu'il peut atteindre. Le signe tumeur n'est pas non plus caractéristique du cancer.

(1) CADE, sur le diagnostic du cancer de l'ampoule de Vater. *Lyon Médical* 1912. CXVIII 338-343.

c) **Epreuves de laboratoire**

Elles ne peuvent rien avant l'intervention.

L'évaluation de la valeur digestive du contenu duodénal, recueilli selon la méthode d'Einhorn, ne donne qu'une *notion quantitative et non qualitative*. Le déficit de la digestion trypsique mesure la surface glandulaire fonctionnellement disparue, que cette lésion soit autonome ou liée à l'existence d'un calcul ou d'un cancer. Les tentatives de Gaultier, cherchant à différencier cancer et lésion inflammatoire, n'ont plus d'écho aujourd'hui. Il semble bien, pratiquement, en être de même de la réaction dite pancréatique de Cammidge, qui avait le même but.

Il importe cependant de déterminer la valeur du suc pancréatique. Sa suppression fonctionnelle signifie : obstacle à l'embouchure ou sur la partie inférieure : elle peut justifier une duodénotomie exploratrice. Dans tous les cas, d'ailleurs, il est utile de connaître le déficit pancréatique avant l'intervention : on pourra suivre, par de nouvelles recherches, l'évolution de la maladie.

M. le Professeur Bard nous a signalé l'intérêt que présentait l'analyse du milieu gastrique, l'hypochlorhydrie étant, on le sait, fréquente, dans le cancer pancréatique.

*
* *

Cliniquement, on fait le diagnostic de lithiasé cholécystique, ou bien on reste hésitant entre l'hypothèse de lithiasé et celle de cancer, et *cette hésitation*

même peut orienter vers l'idée d'une pancréatite mais nombreuses restent encore les causes d'erreur et cette association de signes inflammatoires et de signes de cancer peut être en rapport avec les lésions les plus diverses dont nous avons observé un exemple assez typique, récemment :

OBS. M. le Professeur BÉRARD. — Une malade de 49 ans fut opérée le 3 avril 1925, pour un ictère par rétention persistant depuis un mois ; point douloureux dans l'hypochondre droit, grosse vésicule, température subfébrile. On trouva à l'intervention une grosse vésicule présentant une tumeur au niveau de son fond, et contenant de nombreux calculs et du pus. La cause de l'ictère résidait dans la compression de la voie biliaire principale par une chaîne ganglionnaire étagée depuis le duodénum jusqu'au hile du foie. Cholécystectomie partielle supprimant la partie dégénérée de l'organe, cholécystostomie. Amélioration passagère, l'ictère diminuant même. Signes progressifs de cachexie deux mois après.

C. — Essai de diagnostic opératoire

Il faut, avant tout, ne laisser passer ni un calcul enclavé dans la traversée pancréatique, ni une lésion de l'ampoule de Vater.

a) Calcul cholédocien enclavé et masqué par une inflammation de la tête du pancréas

C'est bien en réalité tout le problème de la recherche opératoire des calculs du cholédoque que soulève ce point — capital — du diagnostic de la pancréatite chronique avec ictère. Nous voulons seulement ici préciser certains détails.

L'exploration simple peut, dans certaines formes

simples, suffire pour écarter l'hypothèse de calcul. Elle peut être complétée par un *décollement duodéno-pancréatique*. Signalons les difficultés que peut rencontrer cette manœuvre, dans les pancréas enflammés, très adhérents, et aussi les dangers qu'elle présente, suintement sanguin important, en particulier.

Un moyen plus simple, non dangereux, peut parfois fixer le diagnostic : *la ponction de la masse indurée* avec une fine aiguille, surtout de mise dans le cas d'un noyau de pancréatite chronique.

OBS. 38, LEGUEU, 1903. — F., 52 ans. Lithiasse vésiculaire depuis 27 ans. Il y a six mois, crise intense et prolongée (plus de 12 heures). Douleur ensuite tous les cinq ou six jours. Le 1^{er} avril, ictère par rétention, devenant bientôt très foncé. Violentes douleurs incessantes. A Vichy, elles persistent, l'ictère aussi, et l'amaigrissement s'accroît. Le foie n'est pas gros. Diagnostic : lithiasse cholédocienne.

Intervention le 22 août 1899. — Vésicule ratatinée, sclérosée ; on évacue deux calculs. A la terminaison du cholédoque, sur le bord gauche du duodénum, une induration, *semblant plus étalée que ne le serait un calcul : une ponction est faite, l'aiguille s'enfonce*. Diagnostic : cancer. Cholélocystostomie.

Suites opératoires. — « Je fus très étonné de voir se fermer très rapidement la fistule. L'ictère diminuait peu à peu, les matières se coloraient. Je croyais toujours au cancer et l'état général semble en effet, pendant quelque temps, assez peu brillant, mais peu à peu tout est rentré dans l'ordre. Cette malade est encore parfaitement bien portante le 17 juin 1903. »

La pancréatotomie exploratrice paraît plus dangereuse, même faite comme Tuffier l'a conseillé, par dissociation lente et prudente. Elle exige une « bonne

raison » (Barling). Faite en arrière, après décollement, l'incision exploratrice devient une cholédocotomie rétropancréatique.

La *cholédocotomie* a été pratiquée dans le quart des cas que nous avons recueillis. Elle seule répond bien, parfois, à cette préoccupation salutaire de ne point laisser passer un calcul. Mais sa pratique systématique se heurte à des restrictions importantes.

1. Il est des malades trop gravement touchés, présentant des difficultés opératoires trop grandes chez lesquels un minimum d'exploration est seul possible : on saura ne pas appeler pancréatite chronique ces cas où l'exploration a été volontairement limitée et nous avons dû éliminer, de ce fait, de nombreuses observations.

2. Ce que l'on sait des sutures cholédociennes montre qu'en principe, la cholédocotomie exploratrice sera le premier temps d'un drainage de la voie biliaire principale; nous en discuterons l'opportunité.

3. L'hypothèse de cancer demande à être formellement éliminée.

Nous avons étudié au chapitre anatomique les renseignements que donne le cathétérisme comme, d'ailleurs, nous y avons précisé les caractères chirurgicaux de la lésion pancréatique.

b) Obstacle au niveau de l'ampoule de Vater

Les trois causes principales de sténose vatérianne peuvent s'accompagner d'une réaction inflammatoire du pancréas : calcul, cancer, cicatrice.

1. *Le calcul de l'ampoule de Vater*, souvent non perçu par la face antérieure, devient nettement sensible après décollement. La classique observation de Zeller montra, en 1902, la possibilité, pour un calcul vatérien, gros comme une noisette, de se dissimuler sous une tuméfaction dure, bosselée du pancréas: ce malade, à qui avait été pratiqué une anastomose, mourut au sixième jour et l'autopsie dévoila le calcul enchatonné: Zeller n'avait pas décollé le duodénum. Dans de nombreuses observations, cette manœuvre seule découvrit l'obstacle (Tuffier, Baumgartner, Jourdan, Walther, Michaud, 1), et Quénu insista sur l'insuffisance de l'exploration cholédocienne dans le diagnostic des calculs de l'embouchure vatérienne.

Les calculs sont perçus soit dans l'épaisseur de la paroi du duodénum, — et diagnostiqués facilement, — soit à travers le pancréas. Il faut alors tenir compte des caractères de l'induration et la ponctionner.

Mais Quénu fait plus volontiers, d'emblée, la *duodénotomie*: il estime la mortalité propre de cette incision à 2,5 % seulement. Et notre maître, M. le Professeur Bérard, insistant sur le danger très réel, quoique moins apparent, qu'offre la manœuvre de Vautrin, lui préfère souvent, en cas de doute, l'incision exploratrice du duodénum.

2. *Le cancer ampullaire* peut déjà être soupçonné cliniquement et, en vérité, il s'agit là d'un diagnostic plus rare, car le cancer donne moins de réactions inflammatoires de la tête du pancréas. Il convient de

(1) *B. et M. Soc. Chir. Paris* 1912. XXXVIII, 776-782, 815-822, 917-921. — QUÉNU. Des calculs de l'ampoule de Vater et de la cholédocotomie intraduodénale. *Bull. Méd.* 1911. XXV, 235-239.

discuter cette hypothèse dans les indurations localisées le long du duodénum: l'évolution clinique post-opératoire comporte en effet quelques facteurs de confusion.

3. *Le rétrécissement cicatriciel* sera découvert dans quelques cas précis, par l'ouverture du duodénum ou par le cathétérisme du cholédoque.

c) **Cancer de la tête du pancréas**

Une tuméfaction de la tête du pancréas non symptomatique d'un calcul ou d'un obstacle vatérien est-elle cancéreuse ou inflammatoire?

1. *Le cancer s'affirme* par la découverte, au niveau du foie, de noyaux de généralisation, dont MM. Bard et Pic ont donné une description restée classique, l'existence d'une ascite hémorragique ou l'envahissement des parties voisines.

2. *On ne peut affirmer le cancer* sur la seule constatation d'une tumeur d'une dureté extrême, bosselée, accompagnée de ganglions, différents caractères qui se voient aussi dans l'inflammation chronique. Si à ces données opératoires s'ajoute la notion d'un ictère progressif sans clocher terminal, chez un sujet âgé; le diagnostic du cancer s'imposera. Si le malade, jeune, présente les signes plus ou moins frustes d'une lithiase cholédocienne, il restera incertain.

3. *On ne peut nier le cancer* sur le vu d'une vésicule lithiasique. M. le Professeur Bard qui a bien voulu nous fixer les rapports de la lithiase biliaire avec le cancer de la tête du pancréas, admet qu'il ne peut exister de relations étiologiques, mais que la cholé-

cystite calculeuse est trop fréquente pour ne pas pouvoir simplement coexister avec un cancer pancréatique. La seule présence d'adhérences lui semble un bien meilleur signe de pancréatite chronique. Dans leur mémoire de 1888, MM. Bard et Pic avaient signalé, à titre de rareté, un cas d'adhérences péritonéales s'étendant jusqu'à l'urètre. Il s'emble s'agir là d'un fait exceptionnel dans le cancer.

4. *On peut affirmer la pancréatite chronique dans les cas suivants :*

- 1° Ictère évoluant depuis un an et demi;
- 2° Syndrome ancien du type lithiasique que n'explique pas l'état des voies biliaires ;
- 3° Inflammation subaiguë massive de la tête du pancréas ;
- 4° Pancréatite totale symétrique;
- 5° Biopsie faite en pleine tumeur.

La BIOPSIE est évidemment un élément de différenciation de la plus haute valeur. Nicoll admet même qu'il est impossible de ne rien affirmer sans l'examen microscopique.

Mais elle a contre elle d'abord ses dangers: nous croyons qu'il faut, chez ces malades, opérés souvent dans de médiocres conditions, ne faire que les manœuvres d'exploration indispensables, celles qu'impose la recherche d'un calcul, — mais qu'il convient de réserver la biopsie à des cas bien choisis : il peut être moins grave, souvent, de traiter une pancréatite chronique comme un cancer ou même réciproquement que d'exposer, à la suite d'explorations déjà prolongées,

gées, un malade, fragile, à un risque supplémentaire. Mais on a attaqué la biopsie sur un autre terrain.

Il semble théoriquement qu'il soit très rationnel de prélever au niveau du pancréas, dans les régions indurées, un fragment de la glande pathologique et de superposer à une impression clinique et opératoire une certitude histologique.

Une pareille conduite semble, scientifiquement et du point de vue biologique, être irréprochable.

Elle a cependant été assez vivement attaquée et on peut, à cette méthode, faire des objections qui ne sont pas sans valeur et qu'a bien voulu nous développer M. le Docteur Favre.

Il n'est pas toujours facile, par la palpation, d'apprécier les limites d'une induration pancréatique, et le fragment prélevé peut fort bien porter sur des tissus qui ne présentent qu'un minimum d'altérations et dont l'examen est dépourvu de toute signification. D'autre part, l'image histologique « dilatation des canaux et sclérose péricanaliculaire » ne peut éliminer le cancer, cause possible de la sténose pancréatique.

Les réactions histopathologiques des glandes sont encore loin d'être connues parfaitement. C'est ainsi que dans le groupe de celles qui provoquent des *réactions nodulaires*, cellules géantes, cellules épithéloïdes, le diagnostic histologique ne peut nullement prétendre, comme on le croyait autrefois, à une affirmation catégorique sur la nature de l'affection en cause et doit se borner à reconnaître simplement un groupe d'affections sans prétendre par le seul aspect histologique se prononcer en faveur de l'une d'elles.

Il y a plus, le diagnostic des néoplasies avec certaines réactions de signification inflammatoire, semble bien, d'après les recherches récentes, présenter de réelles difficultés. On a trop longtemps considéré que les proliférations épithéliales anormales répandues diffusément dans un tissu avaient toujours la signification de proliférations cancéreuses. Il n'en est pas toujours ainsi. A côté de ce que nous appellerons avec certitude le « cancer vrai », il existe dans une foule de glandes des inflammations dont les réactions sur le tissu interstitiel et l'épithélium ressemblent grossièrement au cancer, mais doivent en être cependant séparées (Favre).

Nous ne faisons état que de quelques-unes des difficultés que l'on peut rencontrer et qui rendent la méthode de la biopsie théoriquement séduisante, susceptible cependant de fournir, à l'épreuve, des renseignements insuffisants. Encore faut-il qu'un pareil examen soit fait dans d'excellentes conditions et confié à des anatomo-pathologistes très compétents. Ce n'est pas une raison cependant, pour qu'en ces cas de diagnostic si obscur qu'envisage notre travail, toutes les méthodes ne viennent pas au secours les unes des autres; l'essentiel est de connaître leur valeur, de confronter les uns avec les autres les divers renseignements de tous ordres que l'on aura pu recueillir.

*
* * *

Le schéma général du diagnostic de la pancréatite chronique avec ictère nous apparaît le suivant : dans un premier stade clinique, on s'efforcera d'acquérir,

d'une façon plus ou moins certaine, cette notion que l'obstruction biliaire en cause est probablement due à une lithiasc cholédocienne, accompagnée même parfois de lésions pancréatiques.

Le second stade opératoire devra faire justice de cette hypothèse d'une façon formelle, et arriver au diagnostic de tumeur de la tête du pancréas. La notion de pancréatite chronique avec ictère se dégage d'une part de l'absence de tout signe de certitude de cancer, d'autre part de la *contradiction entre le diagnostic clinique et les conclusions opératoires*, contradiction qui est bien le propre du syndrome que nous étudions et se retrouve parfaitement notée dans un très grand nombre d'observations.

En dehors des cas où le diagnostic de tumeur inflammatoire devient évident, il s'est le plus souvent imposé comme l'hypothèse la plus logique, l'hypothèse légitime.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT
DES PANCRÉATITES CHRONIQUES
AVEC ICTÈRE

CHAPITRE PREMIER

Nécessité d'assurer un drainage biliaire

Le traitement de la pancréatite chronique avec ictère doit s'adresser aux éléments : *réten-tion biliaire, lésion pancréatique, affection causale de la pancréatite.*

Gobiet a cherché à réaliser, simultanément, au cours d'une opération complexe, une triple réponse à ces différents problèmes, les résolvant chacun, par un temps distinct : il associe une cholécystectomie, un drainage de l'hépatique, une décapsulation et une incision de la tumeur inflammatoire du pancréas. A la lumière des faits que nous avons groupés, nous croyons absolument inutile d'opposer un tel traitement à la pancréatite chronique avec ictère.

Il s'agit en effet d'une *lésion souvent curable par des méthodes simples*; puis, il faut tenir compte de la faible résistance du malade, et savoir limiter l'acte opératoire au strict minimum garantissant la guérison. Et souvent de nombreuses manœuvres explo-

ratrices ont précédé l'acte proprement thérapeutique. qui devra *combinaison sécurité opératoire et application des principes généraux*.

Enfin le diagnostic est rarement posé, de façon indiscutable, au cours de l'intervention: dans la majorité des cas, un doute persiste sur la nature de la tumeur découverte ; le traitement, tout en assurant la cure de l'inflammation chronique, doit ne pas être dangereux pour un cancer.

Une indication semble s'imposer d'emblée : *lever la rétention biliaire*. Aussi, devons-nous discuter d'abord la valeur d'interventions *n'assurant pas une dérivation biliaire*, les opérations pancréatiques directes, la cholécystectomie sans drainage biliaire, enfin la laparotomie exploratrice.

a) **Laparotomie exploratrice**

Dix observations montrent les guérisons incontestables que cette intervention, irrationnelle, a pu donner.

Owen se fit le défenseur de cette méthode : « Il y a, dit-il, plusieurs formes de pancréatites chroniques, l'une d'elles, catarrhale, peut s'améliorer après une laparotomie simple, l'autre nécessite le drainage biliaire. Il faut opérer, mais la cholécystostomie n'a peut-être pas une part nécessaire dans le traitement de la pancréatite chronique. » En enlevant à cette formule ce qu'elle a de paradoxal, nous verrons qu'elle contient une notion exacte, celle des différents modes évolutifs d'une pancréatite chronique avec ictère,

Cette doctrine thérapeutique, déconcertante, s'est appuyée sur les faits précis suivants qui montrent la possibilité de résurrection de malades moribonds.

OBS. 39, OWEN et Hale WHITE, 1903. — H., 62 ans. Vu en juillet 1901, moribond. Ictère prononcé, mauvais aspect ; trop faible pour s'asseoir. Début il y a un an, par une douleur abdominale qui se répète tous les 7 ou 10 jours et s'accroît récemment. Depuis six mois, ictère très prononcé, variable. Température normale, pas de frissons. A perdu 12 kilos environ.

L'examen n'a révélé qu'une sensibilité de la tête du pancréas. Le malade demandait une opération :

Intervention le 5 juillet. — Examen sous chloroforme : sensation de dureté mal définie à droite de l'ombilic. Tête du pancréas grosse, dure ; le reste du pancréas également volumineux et très dur. Pensant à un cancer, on referma le ventre.

« Contrairement à mon attente, le malade a commencé à s'améliorer et guérit complètement. »

M. Hale White le vit le 16 août, très bien portant, sans ictère et très engraisé ; petite masse distincte dans la région de la tête du pancréas. Le 6 septembre 1902, il pesait 76 kilos ; excellente santé. Rien n'est plus senti dans l'abdomen. Le 11 juin 1903, il déclarait aller aussi bien qu'autrefois.

OBS. 6, OWEN (page 33).

OBS. 40, MAYO-ROBSON, 1900. — F., 51 ans. Dyspepsie depuis deux ou trois ans. Depuis neuf mois, en traitement pour des maux d'estomac. Le 19 août 1899, légère douleur dans la région pylorique. La malade maigrit, souffre de façon presque constante, tout aliment provoquant des coliques et des vomissements. On crut, le 11 octobre, distinguer une tumeur pylorique, mais l'état de la malade rendait l'examen si pénible que l'on ne put s'en assurer. Pas d'ictère, qui était d'ailleurs apparu à la suite des crises précédentes. En-

trée le 25 novembre, avec les mêmes douleurs, un ictère et un amaigrissement très prononcé.

Intervention le 28 novembre 1899. — Sous anesthésie, on découvre une tumeur dure, irrégulière, entre l'ombilic et le rebord costal.

Estomac très dilaté, adhérent au foie. Libération. Vésicule saine. Masse pancréatique si nettement cancéreuse que l'on renonça à toute opération.

Suites opératoires. — En quinze jours, l'ictère disparaît, l'appétit revient. Le 15 mars 1900, la malade avait repris de l'embonpoint, ne se plaignait de rien et la tumeur avait complètement disparu.

OBS. 41, MAYO-ROBSON, 1904. — F., 44 ans. Depuis quelque temps, ictère accentué, avec grandes douleurs, fièvre irrégulière, troubles digestifs et amaigrissement.

Intervention le 22 juin 1890. — Après avoir séparé des adhérences, on trouve une tumeur du pancréas, embrassant le cholédoque, et paraissant maligne. La tumeur fut manipulée librement, pour s'assurer qu'il n'y avait pas de calculs. Comme la vésicule était rétractée et qu'il y avait une tendance à l'hémorragie, on n'alla pas plus avant.

Suites opératoires. — « Je ne puis dire si un calcul fut poussé dans le duodénum pendant les manœuvres, mais la malade se rétablit. En quelques mois, elle avait retrouvé sa santé, qui se maintient quatorze ans après. »

OBS. 42, Paul DELBET, 1902. — F., 52 ans; entre en mai 1901. Deux coliques hépatiques antérieures. Il y a quinze jours, pesanteur dans l'hypocondre droit; le lendemain, ictère qui s'est rapidement accentué. Amaigrissement. Pas de crises douloureuses vraies. Région vésiculaire sensible. Pression du flanc douloureuse. Diagnostic : lithiase cholédocienne. Après quinze jours de traitement, l'état persiste semblable.

Intervention. — Vésicule grosse comme un œuf de pigeon. Pas de calcul. Cystique et cholédoque normaux. Le cholédo-

que, exploré dans toute son étendue, spécialement au niveau de l'ampoule, ne contient aucun calcul. Tête du pancréas bosselée et dure. Ayant comprimé la vésicule entre les doigts, on la vide. Je m'abstins de toute intervention.

Suites opératoires. — Contrairement à notre attente, le résultat fut excellent: selles, dès le lendemain, un peu colorées; l'ictère disparaît et la malade sortit guérie le 20 juillet 1901. Je l'ai revue le 9 août 1902, bien portante, n'ayant jamais eu d'accident.

La malade est revue six ans après en parfait état.

OBS. 11, VAUTRIN (page 38).

OBS. 43, M. le Docteur DELORE, inédite. — F., 59 ans. Depuis 6 mois, troubles digestifs; température 38° - $38^{\circ}5$ par intervalles. Amaigrissement. Depuis 8 à 10 jours, léger ictère. Les selles restent colorées, les urines sont rouges. A l'examen: femme un peu grasse, difficile à palper. Point douloureux sous-costal droit. Le foie est petit, son bord inférieur ne peut être perçu.

Intervention en 1907. — Laparotomie oblique sous-costale droite. Le foie est tout petit; la vésicule est rétractée, ne contient pas de calculs. Le foie remonte sous les fausses côtes, tellement haut qu'il est impossible de tenter des manœuvres opératoires sur le pédicule hépatique, surtout étant donné l'obésité de la malade. Avec la main introduite dans l'abdomen on explore le cholédoque, dans lequel on ne sent pas de calculs. La tête du pancréas est indurée, manifestement. On se contente de refermer l'abdomen après ces manœuvres très prolongées. On laisse une petite mèche.

Suites opératoires. — La malade supporte bien l'intervention; elle reste apyrétique pendant trois jours. Puis, la température monte brusquement à 39° - 40° , en même temps que la malade accuse des douleurs violentes, avec un ictère très foncé et décoloration des matières. Les accidents continuent pendant deux à trois jours, s'atténuent progressivement. Guérison complète en un mois. L'état de santé rede-vint florissant. La malade reste en bonne santé quatre ans après l'opération.

Tout à fait comparable à ces quelques cas est l'observation 10 (Niederle), où la gastroentérostomie seule suffit à guérir le malade.

Le mécanisme de ces guérisons nous échappe: sans doute faut-il invoquer les manœuvres d'exploration souvent longues au niveau du pancréas et des voies biliaires entraînant peut-être la suppression d'un spasme entretenu par la lésion inflammatoire.

La laparotomie exploratrice ne fait, semble-t-il, que déclancher un processus de résolution spontanément amorcé. On a pu noter, à la suite de l'opération, une poussée inflammatoire aiguë, véritable « crise » au sortir de laquelle la malade fut guérie. On a dit (Mayo Robson) qu'il ne s'agissait peut-être que du refoulement d'un calcul cholédocien, mais sur les 9 observations de guérison, deux seulement mentionnent des lésions nettes de cholécystite chronique, non lithiasique d'ailleurs. L'argument « erreur de diagnostic » aurait une autre valeur dans le cas contraire. Comme il est logique de le penser, les effets de la simple laparotomie exploratrice n'ont pas toujours été aussi brillants. Lejars dut faire une cholécystentérostomie secondaire. Dans l'observation suivante, on a noté quatre ans après la guérison l'apparition de glycosurie.

Obs. 44, MAYO-ROBSON, 1900-1904. — H., 42 ans. Crise douloureuse dans l'hypocondre droit, il y a dix ans, mais pas d'ictère. Il y a six semaines, crise de douleur aiguë, s'irradiant dans le dos et les épaules, avec frissons et vomissements, suivie d'ictère, qui persiste.

Intervention exploratrice le 27 octobre 1898, montre une masse, considérée comme tumeur, dans la tête du pancréas, que l'on examine minutieusement; vésicule distendue,

Suites opératoires.—La jaunisse a persisté à un degré léger, pendant quelque temps. Quoique le patient paraisse en excellente santé, quatre ans après l'opération, on nota l'existence de glycosurie et la présence de la réaction pancréatique.

b) Opérations pancréatiques

1. Vautrin se fit, en 1908, le défenseur des interventions directes sur la tête du pancréas. Dans les pancréatites chroniques sans lithiase, il pense que « toute thérapeutique du côté du foie doit être abandonnée au bénéfice d'une thérapeutique appliquée au pancréas lui-même » et, retournant les théories pathogéniques souvent invoquées, il admet qu'une intervention, ayant pour effet de guérir une « angiopancréatite », aura un heureux contre-coup sur l'angiocholite plus ou moins latente.

Il semble n'avoir en vue que les cas dans lesquels « la laparotomie exploratrice peut suffire et, *a fortiori*, la laparotomie suivie d'une action directe sur la glande elle-même ». Il la réalise par un *drainage de la zone rétropancréatique décollée*. Ce peut être une bonne précaution pour ne pas laisser de sang dans le péritoine, après un décollement parfois laborieux, mais la vertu curatrice de cette laparotomie, suivie de drainage, paraît douteuse.

2. Dans les cas de sclérose associée à la lithiase biliaire, Vautrin propose *la section au thermocautère de l'anneau scléreux et la libération du cholédoque*. Il a rapporté un exemple de réaction pancréatique autour d'un calcul cholédocien, traité simultanément par cette méthode et par la cholédocotomie avec drai-

nage. Le Docteur Roussiel a bien voulu nous envoyer le résumé de deux observations semblables où il a eu la possibilité de réaliser la seule libération du cholédoque de sa gangue pancréatique.

OBS. 45 et 46. — « J'ai opéré, il y a quelques années, deux malades atteints d'ictère très intense et on sentait nettement une tumeur pancréatique assez douloureuse à la pression. Il y avait du sucre dans les urines. L'ictère durait depuis plusieurs semaines. Amaigrissement considérable. Pas de coliques hépatiques. A l'ouverture de l'abdomen, je constatais une infiltration diffuse de la tête du pancréas, avec légère périduodénite. Je sectionnais ces adhérences péri-duodénales, pour aborder et libérer la deuxième portion du duodénum et ensuite la portion pancréatique du cholédoque. Elle était encerclée par du tissu fibreux que je sectionnais sur toute l'étendue pancréatique du canal. Les deux cas ont guéri. L'ictère a disparu et au bout de quelques mois je n'ai plus senti de tumeur. Je n'ai pas fait de biopsie. L'évolution clinique a permis d'affirmer pancréatite chronique. » (ROUSSEL.)

Cette opération nous semble de mise seulement dans une lésion éteinte cicatricielle. Elle ne peut être proposée comme la méthode de choix, dans la pancréatite chronique, lésion inflammatoire en évolution.

3. Le seul type d'intervention pancréatique directe qui puisse être dans quelques cas défendu est l'incision et le drainage du pancréas: l'observation suivante montre la technique à suivre, le résultat qu'on peut en attendre et permet de préciser également les cas dans lesquels peut se trouver indiquée cette intervention.

OBS. 47, Professeur VILLARD, 1910. — F., 33 ans, entre pour douleurs dans l'hypocondre droit, datant de 5 jours, accom-

pagnée d'ictère. Dans le passé, on relève l'existence (il y a 8 ans) d'une crise caractérisée par une brusque et vive douleur à droite, avec irradiation dorsale, des vomissements, mais pas d'ictère. La malade s'alite huit jours, puis se rétablit complètement. Mais, depuis longtemps, la malade se plaint de douleurs épigastriques survenant après les repas, et, il y a neuf mois, exagération de ces douleurs, avec périodes d'intolérance complète durant parfois huit jours. L'ingestion alimentaire provoque une crise douloureuse qui se termine par un vomissement. Parfois, quelques frissons, avec élévation thermique à 39°. Il y a quelques jours, nouvelle crise douloureuse de l'hypocondre droit, avec ballonnement, vomissement et ictère. Température, 37°5. Foie non hypertrophié. Région vésiculaire un peu douloureuse. Aucun signe gastrique. Amaigrissement de 12 kilos, rapporté par la malade à son régime alimentaire ; l'appétit est conservé. Epreuve de la glycosurie alimentaire négative.

Intervention le 7 octobre 1909. — Laparotomie de Mayo. Pas de calculs dans les voies biliaires. Pancréas gros, enflammé, comprimant le cholédoque. On en prélève un fragment. Tamponnement par une mèche. La tête du pancréas est considérablement augmentée de volume, renflée par une tuméfaction inflammatoire. Les espaces interlobulaires sont œdémateux et donnent vaguement l'impression de l'œdème cérébral. Incision du parenchyme pancréatique ; il coule un liquide séreux et du sang. Dilacération au doigt, de la tête. Pas de collection purulente. L'hémostase est difficile, en raison de la friabilité des lésions. Quelques artérioles sont liées. Tamponnement avec une mèche serrée. La loge pancréatique est marsupialisée par relèvement du feuillet péritonéal postérieur, suturé, à l'incision parétale.

Suites opératoires. — Bonnes. Le 15 octobre, l'ictère a déjà régressé. Ablation de la mèche, fistulette pancréatique. Le 5 novembre, la fistulette est tarie. La malade a déjà considérablement engraisé. Le teint n'est plus ictérique. Les suites locales ont été normales ; la température, montée à 38°5 et 39° le deuxième et le troisième jour après l'intervention, est rapidement redevenue normale.

Examen histologique. — Aucune formation néoplasique, lésions banales d'inflammation.

L'ictère s'atténuait, la tête du pancréas présentait un aspect nettement inflammatoire, et le diagnostic à discuter n'était pas celui du cancer, mais bien de pancréatite suppurée. C'est exactement à ce genre de fait que s'adresse, en dehors de toute lésion vésiculaire, le drainage du canal de Wirsung, qu'a proposé M. le Professeur Villard, dans la thèse de Branche.

Gobiet, à la suite de Martina, conseilla d'associer à l'incision du pancréas une manœuvre dont le sens exact nous échappe, la « décapsulation ». Nous avons dit comment il combinait cet acte pancréatique à l'opération de Kehr dans les cas de lithiasse vésiculaire associée (1).

La wirsungstomie a donné un résultat assez peu favorable à Prat : apparition de l'ictère qui avait manqué jusqu'alors, persistance d'une fistule pancréatique.

OBS. 48, PRAT (Poliak). — H., 47 ans, entré à l'hôpital pour ulcère pyloro-duodénal.

Depuis 1906, tous les matins, petits vomissements. En 1912, souffre dans la région intercapsulaire, l'épaule gauche et la région lombaire.

En juin 1916, crise très vive de vomissements ; pas de température. Après cinq jours de repos, le malade reprend son travail. Six semaines après, douleurs localisées dans la zone xypho-ombilicale.

(1) GOBIET préfère d'ailleurs l'anastomose quand il n'y a pas de calculs.

Quelques crises courtes, apparaissent tous les quatre ou cinq mois. En mai 1919, puis en octobre 1919, crises d'une violence extrême : sensation d'écrasement dans un étai et de serrement dans un corset de fer. La douleur, dont le maximum est épigastrique, s'irradie vers la région splénique. Vomissements. Douleur sourde et continue. Le malade devient morphinomane.

Entre le 20 juin 1920, avec le diagnostic d'ulcère duodénal. Faciès angoissé, grand abattement ; température normale, pas d'ictère. A l'épigastre, douleur insupportable et continue, réveillée par la palpation ; contracture de la paroi. Vésicule à peine perceptible, non douloureuse. D'octobre 1919 à juin 1920, amaigrissement de 10 kilos. Bon appétit, pas de dégoût pour la viande et les graisses. Pas de constipation ni de diarrhée. Wassermann négatif.

Radioscopie : Le repas bismuthé, pris six heures avant, est au cæcum. L'estomac descend à 4 travers de doigt audessous de la ligne iliaque. Mouvements péristaltiques exagérés ; le duodénum, très visible, reste dessiné longtemps. Pylore très sensible à la pression.

Première intervention le 26 juin 1920. — Il s'écoule une quantité de liquide clair. Foie, vésicule, estomac et duodénum sont normaux, sauf quelques adhérences. La région rétro et sus-pylorique est le siège d'une tumeur rétro-péritonéale du volume d'une orange, un peu irrégulière, jaunâtre, qui semble être la tête et le tuber omentale du pancréas. On effondre le péritoine et on pénètre dans la masse pancréatique. On relève le côlon transverse. On trouve une grande quantité de plaques blanches, de débris fibrineux. Pancréas extrêmement dur, le corps est d'une rigidité ligneuse. Incision, pour trouver le canal de Wirsung dilaté et béant, de la dimension d'un gros crayon. On draine la partie distale du canal. La section des vaisseaux pancréatiques oblige à laisser quatre pinces à demeure.

Aucun caillou. Ponction de la vésicule : bile extrêmement épaisse et noire ; on trouve un petit caillou, comme un grain de chènevis. Cholécystostomie.

Suites opératoires. — Simples. Ecoulement de suc pancréatique abondant. Disparition des douleurs et des crises. Au

quatrième jour, la sonde de la vésicule tombe ; il est impossible de la replacer ; la bouche vésiculaire se ferme immédiatement. Le malade commence à présenter ictère et douleur.

Deuxième intervention le 1^{er} juillet. — Adhérences étendues. Cholécystostomie.

Le résultat a été extraordinaire. Le malade ne souffre plus. Transformation du facies, relèvement des forces, démorphinisation. Quitte l'hôpital le 27 août 1920, conservant les fistules pancréatique et biliaire.

En octobre 1920, persistance de la fistule pancréatique ; fermeture de la fistule biliaire et conservation d'un bon état général. En décembre 1920, la santé est parfaite. La fistule pancréatique s'était spontanément fermée, mais une douleur sourde nécessite la réouverture de la fistule. Depuis cette époque, elle est maintenue béante par un crin. Le 23 juillet, bonne santé.

Examen histologique. — Sclérose pancréatique lobulaire, se poursuivant par une dissociation assez poussée des acini pancréatiques. Aucune figure histologique de tumeur. Pancréatite chronique. (Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Paris.)

Il semble qu'en dehors d'indications spéciales le traitement des pancréatites « ne peut être qu'indirect » (Quénu et Duval) et qu'il faut se contenter d'interventions exclusivement biliaires.

c) Valeur de la cholécystectomie seule

1° C'est une méthode s'appuyant sur une conception pathogénique, très probablement exacte dans un nombre important de cas : infection d'origine vésiculaire sans intermédiaire cholédocien. Elle s'adresse à la cause première et, la cause étant enlevée, les effets doivent disparaître.

2° La cholécystectomie seule est dangereuse ; elle ne lève pas l'ictère, supprime la vésicule, agent d'anastomose, élément essentiel d'une intervention itérative pour sténose persistante du cholédoque.

Elle a été faite cinq fois, une fois par Deaver dans un esprit nettement pathogénique, une importante lymphadénite pancréatique formant la partie principale de la tuméfaction glandulaire (Obs. 16), d'autres fois parce que la vésicule n'est plus bonne à aucune opération dérivative.

OBS. 49, M. le Docteur DELORE, inédit. — F., 51 ans, entre le 5 mai 1920 pour une violente crise douloureuse abdominale au cours de laquelle elle est devenue jaune. Une grossesse il y a 15 ans (infection puerpérale). Enfant bien portant. Pas de fausses couches. La malade, bouchère, est une grosse mangeuse de viande et de graisse. Il y a sept mois, étant en traitement (D^r Bonnet) pour un ulcère variqueux de la jambe droite, elle fut prise d'une crise douloureuse qui dura sept jours : douleurs violentes dans l'hypocondre droit, avec irradiations entre les épaules et au bras droit, vomissements. Le lendemain, ictère, matières un peu décolorées, urines acajou. Elle n'eut pas de température. La crise finie, l'hôpital quitté, la malade reprit son travail. C'était là les premiers signes hépatiques qu'elle présentait. Dès lors, elle souffrait toujours légèrement après ses repas, alors qu'auparavant ses digestions étaient excellentes ; la digestion pénible s'accompagnait d'une sensation de barre épigastrique et de transfixion, avec point dorsal correspondant ; souffrance très vive, apparaissant une ou deux heures après le repas et durant cinq à six heures, et empêchant la malade de travailler ; jamais de vomissements, constipation habituelle, pas de diarrhée. De temps en temps, conjonctives ictériques et fréquentes démangeaisons. Il y a cinq jours, à la fin du repas du soir, de nouveau crise douloureuse intense, qui éclata brusquement : douleur siégeant à la partie

supérieure de l'épigastre, s'irradiant dans le dos et s'accompagnant d'une sensation d'étouffement ; la malade était jaune, elle vomit abondamment, les douleurs dans l'hypocondre droit restèrent aussi violentes, avec les mêmes irradiations entre les épaules et dans le bras droit ; matières nettement décolorées ; aucune rétrocession de la douleur ni de l'ictère. Pas de frissons, pas de température, piqure de morphine.

A son arrivée, la malade souffre toujours beaucoup, est très jaune et vomit encore. Malade abattue, n'ayant cependant pas maigri depuis le début de l'affection ; la palpation de l'hypocondre droit, très douloureuse, ne fait pas sentir de masse profonde et n'arrive pas à délimiter un point précis. Pas de température.

6 mai. — Sous l'influence de la morphine, les douleurs sont diminuées ; l'ictère progresse.

Intervention le 7 mai 1920. — Laparotomie oblique sous-costale droite. On ne trouve d'abord pas la vésicule. Par contre, on sent un pancréas très induré, recouvert par le duodénum lui-même très enflammé. On peut, sans grande difficulté, le décoller en haut et en dehors et prendre la tête du pancréas entre deux doigts. On ne sent pas de calculs. On ne juge pas à propos d'ouvrir le cholédoque. En recherchant la vésicule plus attentivement, on la trouve en dehors, toute petite, ratatinée, sans calculs. Cholécystectomie avec trois pinces à demeure, trois mèches. Dans l'intérieur de la vésicule, bile louche.

Suites opératoires. — Suppuration pariétale. Pas de fistule biliaire ; la malade se met insensiblement à déjaunir. Pas de fièvre ; se lève au dixième jour.

Part en convalescence à Margnolles le 15 juin, cicatrisée. Excellent appétit. La malade reprend 5 kilos en un mois ; elle ne souffre absolument plus au cours de la digestion, tout à fait normale. Elle reprend son travail le 15 août. Elle est vue le 2 mars 1925 : elle ne ressent plus aucun trouble. Elle s'est remariée il y a trois ans. L'état général est parfait, l'appétit remarquable ; la malade mange aussi de la graisse et des œufs, et les digestions sont très bonnes. Les selles sont régulières, non constipées, bien colorées. Poids actuel :

76 kilos. L'examen montre seulement la cicatrice, qui est solide. L'ulcère variqueux de la jambe droite s'est cicatrisé l'année dernière. La malade n'étant que pour quelques heures à Lyon, on ne peut lui proposer un *tubage duodéal*.

Dans 3 autres cas, elle fut pratiquée avec moins de bonheur : un cas de mort (EHLER, obs. 8, p. 34) et 2 cas de fistule persistante.

OBS. 50, GOSSET (Desjardins). — F., 40 ans. Premières coliques hépatiques avec ictère à 25 ans, ayant reparu depuis trois ans, avec frissons et fièvre et irradiations entre les épaules. Ictère il y a un mois, à la suite d'une crise particulièrement violente ; devenu très foncé. Palpation douloureuse.

Intervention le 22 septembre 1904. — La vésicule, rétractée, adhérente, est incisée : mucus sanguinolent et boue biliaire, parois friables et enflammées. Décollement du duodénum ; dans la tête du pancréas, tumeur du volume d'une grosse noix (biopsie). Cholécystectomie difficile. Pincés à demeure sur les branches de l'arcade duodéno-pancréatique.

Suites opératoires. — Hémorragie abondante. On enlève les pincés le troisième jour : écoulement biliaire qui restera considérable. Les matières se colorent le 4 octobre. L'ictère diminue, mais persiste. Peu d'appétit, amaigrissement, plusieurs crises douloureuses, avec élévation thermique et frissons.

Examen du fragment prélevé. — Pancréatite interacineuse Ilots de Langerhans intacts (Lecène).

Un examen coprologique pratiqué le 10 octobre (Gaultier) conclut que la sécrétion pancréatique est annihilée, « ce qui irait plus volontiers avec l'hypothèse d'une pancréatite chronique qu'avec celle d'un cancer ».

OBS 51 (Dujarier, 1911). — F., 55 ans. Depuis plusieurs années, crises douloureuses rapportées au foie, à l'estomac, séparées par des accalmies durant parfois deux à trois ans.

Puis, crises plus intenses, avec poussées fébriles et ictère, persistant depuis un an.

Première intervention, pratiquée à Saint-Petersbourg, le 1^{er} avril 1908. — Cholécysectomie : vésicule très volumineuse, contenant de nombreux calculs. Terminaison hâtive de l'intervention, à cause d'une alerte chloroformique.

Suites opératoires. — Amélioration nulle. L'ictère persiste. Au bout de quelques jours la bile coule très abondamment. La malade ne se remonte pas. Ecoulement biliaire intermittent. En juin, état général très mauvais. Fistule étroite. Température montant fréquemment, le soir, à 39° et au-dessus. Dilatation de la fistule à la laminaire, permettant un abondant écoulement de pus et de bile. Ictère persistant (avec décoloration des matières), s'exagérant lorsque la fistule se refermait. Amaigrissement notable (poids de la malade le 8 juin : 34 kil. 400). Le 30 juin, la petite fistule déprimée, aux bords calleux, ne laisse plus s'écouler qu'un peu de mucopus, mais pas de bile. Empâtement douloureux au-dessous du foie, qui déborde le rebord costal.

Deuxième intervention le 1^{er} juillet. — Des adhérences sous-hépatiques étant détruites et l'anse duodéno-pylorique étant abaissée, on voit, s'engageant derrière elle et venant du hile hépatique, un conduit vertical, presque du calibre d'un *verre de lampe*, sillonné de veines assez volumineuses. L'exploration montre la liberté du segment supérieur et des deux branches de l'hépatique, dans chacune desquelles peut s'engager le doigt; et, en bas, un cul-de-sac descendant au-dessous de l'abouchement normal. Pas de calculs, mais consistance un peu plus ferme que normalement de la tête du pancréas, sans induration limitée.

Suites opératoires. — Très simples. Le dix-septième jour, plaie presque totalement cicatrisée; la malade s'est levée; brusquement, grand frisson, avec douleurs lombaires et grand abattement, température à 39°1. Pendant cinq jours, les mêmes faits se reproduisent chaque après-midi, alors que, le matin, la malade se sent très bien. L'appétit, qui était bon, a disparu. Soumise à un traitement médical, la malade se rétablit petit à petit de cette poussée d'angiocholite ascendante.

En un mois, reprise de 4 kil. 500. En novembre 1921, santé parfaite. Aucun trouble digestif, pas de vomissements bilieux.

La culture de la bile prélevée a montré du colibacille presque pur.

CHAPITRE II

La cholécystostomie dans le traitement des pancréatites chroniques avec ictère

Les différentes conditions que doit remplir une intervention pratiquée pour pancréatite chronique avec ictère, sont-elles satisfaites par la cholécystostomie ?

Elle supprime la rétention biliaire et constitue même l'intervention la plus simple, la moins dangereuse à pratiquer au cours d'un ictère par rétention. Cette bénignité immédiate a comme contre-partie le risque d'une fistule biliaire, qui, dans le cas de néoplasme, constitue un facteur important de gravité.

Nous verrons les résultats obtenus dans le *traitement même de la maladie pancréatique*, qui sont d'autant plus encourageants que l'abouchement de la vésicule à la peau a été fait dans les cas les plus graves, souvent en désespoir de cause, parce qu'aucune autre opération ne semblait réalisable. C'est ainsi que chez le malade de notre maître, M. le Pro-

fesseur Bérard, toute autre opération que la cholécystostomie semblait contre-indiquée et, seule compatible avec l'état général, elle amena une guérison parfaite de la pancréatite.

La cholécystostomie s'adresse enfin à *l'inflammation chronique de la vésicule*, qui est, souvent, la cause de la pancréatite. Evidemment inférieure, à ce point de vue, à la cholécystectomie, elle tire sa valeur du fait *qu'elle réalise avec un minimum de frais une solution presque toujours possible du triple problème thérapeutique que soulève le syndrome pancréatite chronique avec ictère.*

A. — Observations de cholécystectomie

Nous classerons les observations d'après les résultats opératoires en quatre groupes :

1° Guérison parfaite, fermeture rapide de la fistule biliaire.

2° Guérison parfaite de la pancréatite, mais persistance d'une fistulette, ayant parfois nécessité une petite opération plastique.

3° La cholécystostomie a dû être suivie soit d'une cholécystentérostomie, soit d'une cholécystectomie.

4° Mort.

a) Résultats excellents

1° CHOLÉCYSTITES CHRONIQUES NON CALCULEUSES

OBS. 52, M. le Professeur BÉRARD (inédite). — H., 45 ans, entré le 31 août 1923, à la clinique Vendôme, pour un ictère

apparu récemment. Antécédents héréditaires négatifs. Sept frères et sœurs en bonne santé. À 13 ans, le malade eut une pleurésie qui le maintint deux mois au lit et ne nécessita pas de ponction. Amaigrissement notable, mais reprise assez rapide d'un bon état général.

À 22 ans, le malade se souvint d'une crise douloureuse très intense dans l'hypochondre droit, accompagnée d'une poussée d'ictère, de frissons. Cet épisode aigu dura quatre heures, s'étant produit de suite après le petit déjeuner et disparut spontanément, sans laisser aucun vestige.

À part cet incident, excellente santé de l'âge de 15 ans à 29 ans. De temps en temps, une diarrhée un peu tenace est le signe que l'on retrouve.

Mobilisé dès le début de la guerre, sur le front français, en 1917, une dysenterie qui dura six mois, avec des périodes entièrement douloureuses. Syndrome dysentérique typique, 30 selles par jour. Le malade n'interrompit pas son service, malgré l'atteinte marquée de l'état général, un amaigrissement de 24 kilogs, et ne fut démobilisé qu'en février 1919.

À cette date, il fut hospitalisé pendant vingt jours. Les selles n'étaient jamais devenues normales, mais restaient caractérisées par des alternances de constipation et de diarrhée. Le malade présentant des crises fébriles, frissons répétés, poussées thermiques le soir, à 39°5-40°, et même 40°5, alors que, le matin, la température descendait au-dessous de la normale, à 36°. Le traitement médical améliora quelque peu l'état du malade, qui restait cependant très affaibli, toujours aussi maigre et avait perdu tout appétit. Les troubles intestinaux n'avaient pas disparu et avaient gardé, atténués, les mêmes caractères. Cet état persista de mars 1919 à septembre 1923, entrecoupé de périodes d'amélioration, durant deux ou trois mois l'hiver et moins d'un mois l'été; la diarrhée revenait par crises, surtout marquées pendant la saison chaude, et ces recrudescences avaient une durée variable de huit jours, pendant lesquels le malade devait interrompre son service. Les douleurs, toujours aussi violentes, étaient généralisées dans l'abdomen, mais leur maximum siègeait au-dessus de l'ombilic, sur la ligne mé-

diane, s'irradiant dans les hypocondres, aussi bien à gauche qu'à droite. Dans la région lombaire, irradiations très nettes également, des deux côtés, au moins aussi violentes que les douleurs abdominales. L'abdomen était contracturé pendant les crises.

Lorsque les crises étaient particulièrement intenses et au moment du maximum de la douleur, le malade ressentait une douleur passagère, mais très nette dans une des épaules, tantôt la droite, tantôt la gauche, se prolongeant même dans le bras.

Le début de la douleur était excessivement variable, pouvait coïncider avec le début ou la fin du repas, ou bien être absolument indépendant de l'alimentation. Ce qui semblait plus net, c'était l'apparition de crises pendant les périodes de surmenage ou à l'occasion d'une journée pénible. La douleur débutait exceptionnellement dans la nuit.

La crise, intense, durait en général trois ou quatre heures, parfois une demi-heure seulement, mais parfois aussi 48 heures, sans amélioration, et cela à trois ou quatre reprises différentes. La douleur cessait spontanément, tout d'un coup.

En même temps que le paroxysme douloureux, le malade note l'apparition de frissons, suivis de transpirations. La température n'a été prise qu'à trois ou quatre reprises ; elle atteignait 38°, 38°5. Pendant les crises, les urines étaient foncées, mais jamais il n'y avait eu d'ictère. Au cours de quelques crises douloureuses intenses, apparurent des vomissements.

Dans l'intervalle, variable, des crises, le malade, qui n'avait pas repris l'appétit, s'efforçait de manger régulièrement ; il avait gagné 3 kilos, depuis sa sortie de l'hôpital et pouvait assurer un service souvent pénible.

Les selles étaient fréquemment diarrhéiques, mais parfois mal colorées et constipées, et c'était alors le premier signe d'une crise douloureuse. Au contraire, à la suite des épisodes aigus, les selles redevenaient colorées et liquides.

En août 1923, le malade part à Vichy pour 21 jours ; il se trouve très mal de sa saison, prend crises sur crises à la suite d'un traitement cependant peu actif.

Au retour, l'ictère s'installe au cours d'une crise intense,

apparaissant pour la première fois le 28 août 1923. D'emblée, il est très intense, jaune vert, les urines sont très foncées, les selles blanches mastic, mais non constipées, restées plutôt molles. Le malade a noté qu'en réalité les selles étaient déjà décolorées, depuis une quinzaine de jours, pendant que les urines étaient devenues rares et foncées.

En même temps qu'apparaît l'ictère, une poussée thermique passagère à 40°.

A l'entrée, le 31 août, ictère très net, température 38°5 le matin, qui tombe le soir à 38° et redeviendra normale les jours suivants.

Le malade amaigri, très faible, présente tous les signes d'un ictère par rétention, déjà très marqué. Contracture de la paroi abdominale, surtout au niveau de l'épigastre ; la palpation, douloureuse, ne permet pas de préciser un point particulièrement sensible. On note l'existence d'une grosse vésicule.

L'apparition de cet ictère, survenu à la suite de ce long passé douloureux, semble constituer une indication opératoire formelle.

Intervention le 4 août 1923. — Incision oblique sous-costale droite. On trouve une vésicule assez distendue, pleine de bile noire ; les parois de la vésicule sont assez épaissies. La palpation ne révèle pas de calculs ni dans la vésicule, ni dans le cystique, ni dans le cholédoque, qui sont facilement explorés. Mais on perçoit une induration très nette, considérable, de la tête du pancréas, donnant l'impression d'un néoplasme, et présentant les mêmes caractères, tant au palper antérieur qu'à l'exploration rétro-duodénale. Dans ces conditions, on estime que ni l'état général du malade, ni l'état de la vésicule, qui n'est pas très distendue et surtout est enflammée, ne permettent une anastomose. On se contente de pratiquer une cholécystostomie.

Suites opératoires. — Excellentes. Les mèches sont enlevées le huitième et le vingt-et-unième jours. Ecoulement abondant de bile, qui se tarit progressivement, pour disparaître le 5 octobre, de façon définitive.

La température est restée normale, sauf lors de deux

ascensions à 39° et à 40°7, occasionnées par la mobilisation des mèches.

L'ictère disparaît progressivement en quinze jours. Le malade quitte la clinique le 20 octobre et reprend immédiatement son service.

Il est revu le 22 mai 1925. Depuis l'opération, il a repris 12 kilogs ; il n'a pas cessé son travail et n'a ressenti aucune crise douloureuse. Il persiste seulement, les jours de grande fatigue, une sensation de pesanteur qui n'a absolument rien de comparable avec les anciennes douleurs.

Il a retrouvé son appétit, qui n'est pas encore celui qu'il présentait avant les premiers signes de sa maladie.

Les selles sont régulières, à peu près normales, bien colorées. De temps en temps, persistent encore quelques selles diarrhéiques, mais ce symptôme est très atténué.

Le malade se déclare transformé par l'opération, se considère comme guéri et n'a d'ailleurs pas abandonné, depuis sa sortie de la clinique, un jour son service pénible.

Tubage duodéal pratiqué le 22 mai 1925. — La sonde est avalée sans grandes difficultés et au bout de trois heures, l'olive est dans le duodénum. On vérifie son siège par l'épreuve du liquide coloré et on retire le tube.

Les prélèvements duodénaux ont digéré normalement le sérum solidifié en douze heures à 56°. La digestion tryptique se fait donc dans les délais réguliers.

OBS. 53. MAYO-ROBSON, 1900. — F., 35 ans, admise le 11 septembre 1899. Crises douloureuses depuis douze ans, à intervalles variant de quelques jours à quelques mois, plus fréquentes récemment, répétées quatre fois et très marquées la semaine dernière : douleurs à l'épigastre, s'irradiant dans l'épaule droite, durant deux à six heures. Ictère à la suite des crises, persistant, mais très atténué lorsque les coliques étaient espacées. Point douloureux à trois ou quatre centimètres au-dessus de l'ombilic, avec résistance de la paroi.

Intervention le 21 septembre. — Libération des adhérences. Vésicule à parois épaisses et vascularisées, ne contenant pas de calculs, non plus que les voies biliaires. Tumeur assez

considérable de la tête du pancréas, dure, mais non assez pour être un cancer, nodulaire. *Cholécystostomie*.

Suites opératoires. — Drainage maintenu quinze jours. Guérison ininterrompue.

2° LITHIASÉ VÉSICULAIRE

OBS. 54, KORTE. — H., 51 ans. Coliques hépatiques, depuis six ans. Très malade depuis trois mois. Ictère. Amaigrissement. Frissons depuis quatorze jours. Fièvre, 39°5.

Examen en 1895. — Ictère prononcé. État général pitoyable. Foie gros, vésicule petite. Tous les jours, colique intense; selles alternativement colorées et décolorées.

Intervention. — Dans la vésicule, bile purulente, deux calculs. Cystique et cholédoque libres. Tête du pancréas indurée, présentant des nodosités. *Cholécystostomie*.

Suites opératoires. — Ecoulement de bile allant jusqu'à 1.600 gr. Cessation des douleurs et de la fièvre. Guérison complète. Revu en 1899, en excellent état.

3° VÉSICULE SAINE

OBS. 55, ANDERSON (Mathieu). — H., 48 ans. Depuis un an, douleurs à droite de l'ombilic. Ictère depuis un mois. Vomissements quotidiens depuis deux mois. Pas de fièvre, pas de tumeur. Diagnostic hésitant entre ulcère duodénal et pancréatite chronique.

Intervention. — Voies biliaires et duodénum tout à fait normaux. Pancréas induré, surtout vers la tête. *Cholécystostomie*.

Suites opératoires. — Guérison.

OBS. 56, ESTES, 1902). — Les signes physiques étaient ceux du carcinome.

Opération. — Vésicule biliaire distendue, aucun obstacle dans les voies biliaires. Tête du pancréas très volumineuse, si large et si dure qu'elle fut considérée comme atteinte de cancer. On draina la vésicule. A l'étonnement de M. Estes, le malade eut une guérison absolue.

OBS. 57 GAMGEE, 1904. — F., 46 ans. En octobre 1901, crise douloureuse intense dans l'hypochondre droit, avec ictère, qui disparut. Guérison pendant un an et dix mois. En août et septembre 1903, nombreuses crises douloureuses et ictère persistant, mais variable. Au commencement d'octobre, on constate une grande sensibilité au niveau du grand droit du côté droit, à égale distance de la xyphoïde et de l'ombilic, et une tumeur profondément située.

Intervention le 18 octobre 1903. — Pas de calculs dans l'appareil biliaire ; tête du pancréas dure et notablement augmentée de volume. *Cholécystostomie*.

Suites opératoires. — Fistule maintenue trois mois. Le 17 février 1904, la malade est présentée à la Midland Medical Society. On peut sentir encore une légère tuméfaction, mais pas de tumeur nette, et la sensibilité a presque complètement disparu. Les crises de douleur et d'ictère ne se sont pas reproduites.

OBS. 58, HARDIN, 1904. — F., 49 ans. Vue en novembre 1901. Amputations successives des deux seins, en 1896, puis en août 1900, pour cancer. Début en octobre 1900, par des signes d'indigestion et une douleur durant plusieurs heures. En novembre 1901, douleurs très vives à l'épigastre, suivies d'un ictère passager. Les crises se répètent semblables, moins intenses. Perte de poids. Grande faiblesse. Et récemment, coliques très intenses, s'irradiant entre les épaules, tous les trois jours. A l'entrée, ictère modéré, sensibilité légère et résistance à l'épigastre. On ne sent pas la vésicule. Selles décolorées, ne contenant pas de graisses libres.

Les crises se répétant, la jaunisse s'accroissant, la faiblesse et la maigreur augmentent très vite et l'état de la malade devient sérieux.

Intervention. — Pancréas, très gros, dur et nodulaire, surtout au niveau de la tête. Canaux biliaires libres, ne contenant pas de calcul. Diagnostic : cancer. *Cholécystostomie*.

Suites opératoires. — Guérison sans incident.

Examen histologique d'un fragment prélevé. — Pancréatite chronique.

OBS. 59, MAYO-ROBSON, 1900 (2). — H., 45 ans, entre le 19 mars 1898, Depuis un an, douleurs au creux de l'estomac, vomissements. Ictère apparu à la suite d'une crise, en janvier 1898, persistant depuis lors. De temps en temps, accès pseudo-paludéens. Il y a deux jours, trois crises en 24 heures. Amaigrissement de plus de 36 livres. Grosse vésicule non douloureuse, foie un peu gros. Point sensible un peu au-dessus de l'ombilic. Diagnostic : calculs cholédociens.

Intervention le 30 mars 1898. — Vésicule distendue, adhérente aux organes voisins. Pas de calculs. La tête du pancréas et la partie adjacente sont le siège d'une tumeur nodulaire, irrégulière, pas très résistante. *Cholécystostomie*.

Suites opératoires. — En 24 heures, il s'est écoulé près de deux litres de bile à odeur nauséabonde, renfermant des staphylocoques et des streptocoques, pas de coli-bacilles. Quelques jours plus tard, l'état s'est amélioré, les selles se coloraient, la peau était d'un teint moins foncé et l'aspect général était relativement satisfaisant.

Drainage pendant quatorze jours. Le malade est rentré chez lui le 20 avril. Les urines ne renfermaient plus de bile et les selles reprenaient peu à peu leur coloration normale. Reprise de poids.

Malgré tout cela, j'ai donné un pronostic réservé ; mais la guérison a marché à pas rapides et les dernières nouvelles le représentaient comme se portant bien sous tous les rapports. Deux ans après l'opération, le malade revu se portait toujours bien.

OBS. 60, MAYO-ROBSON (1900-1904). — H. 45 ans, vu le 25 octobre 1898 : ictère intense et perte de poids de 15 livres depuis cinq semaines. (Il y a neuf ans, coliques hépatiques non suivies d'ictère, qui ne s'étaient renouvelées.) Début par des douleurs intenses au creux de l'estomac, suivies d'ictère, se répétant chaque jour. Atteinte rapide de l'état général ; sensibilité marquée à l'épigastre, grosse vésicule peu douloureuse, foie dépassant de 2 centimètres le rebord costal, Diagnostic : calcul du cholédoque.

Intervention le 27 octobre. — Nombreuses adhérences. Vésicule légèrement distendue, ne contenant pas de calculs, pas plus que les conduits biliaires. Tumeur dure et nodulaire dans la tête du pancréas que l'on crut cancéreuse, mais dont la consistance n'était pas assez résistante pour permettre de l'affirmer. *Cholécystostomie*.

Suites opératoires. — Le 5 novembre, l'état de la malade s'est amélioré. La jaunisse est à peu près disparue. Dès ce moment, la guérison s'est poursuivie d'une manière ininterrompue et le malade put quitter l'hôpital avant la fin du mois. En décembre 1899, le malade avait les apparences de la santé et avait regagné 14 livres depuis son retour. Il n'avait plus ressenti aucune douleur et se portait admirablement. Guérison maintenue le 25 janvier 1904.

OBS 61, MAYO-ROBSON (1904). — H. 50 ans. Ictère intense. Diagnostic : calcul du cholédoque. *Intervention* le 17 février 1891 : on ne sent aucun calcul, mais un gonflement de la tête du pancréas.

Cholécystostomie. Le malade se rétablit parfaitement, mais on n'a pu obtenir de renseignements éloignés.

OBS. 37, MOYNIHAN, 1903 (page 78).

OBS 62, MOYNIHAN (1906). — F. 45 ans, pendant vingt ans coliques biliaires. Il y a sept ans, l'ictère apparut, elle n'en a jamais été libre depuis, bien que la coloration ait varié. Pendant les derniers mois, il devint beaucoup plus accentué. Distension de la vésicule. Perte de poids : 12 kilos dans les trois derniers mois.

Intervention, mars 1904. — Vésicule presque trois fois plus grande que normalement et pleine d'une substance boueuse, noire, et de bile. Cholédoque dilaté ne contenant pas de calcul, mais une grande quantité de matières *graveleuses* semblables à celles contenues dans la vésicule biliaire. La tête du pancréas était très élargie. *Cholécystostomie*.

Suites opératoires. — Drainage maintenu cinq semaines.

En mars 1906, la malade écrivit pour dire qu'elle était tout à fait bien portante.

OBS. 63, RODMAN (1907). — H. 56 ans. Il y a un an, ictère et cachexie marquée. Avait perdu 15 livres, on pensait à un cancer.

Intervention. — Tête du pancréas dure et condensée, grosse comme le poing. A cause de la possibilité de pancréatite chronique, la vésicule fut drainée.

Suites opératoires. — Le malade se leva le deuxième jour et fit une guérison anormalement rapide et satisfaisante. Le drainage a été maintenu 3 à 4 semaines. On admet que cette pancréatite chronique est en rapport avec l'alcoolisme de ce malade.

b) Guérison, mais persistance d'une fistulette au-delà de quatre semaines

1° CHOLÉCYSTITE CHRONIQUE NON CALCULEUSE

OBS 64, COSTANTINI 1923 (complétée en 1925). — H. 31 ans, entré le 23 avril 1923, pour violentes douleurs épigastriques. Il y a deux ans, hémoptysie. Kyste hydatique du foie opéré il y a dix mois. Depuis trois mois, crises douloureuses dans l'hypocondre droit et l'épigastre, suivies d'un ictère franc et de fièvre, qui se répètent quatre fois et cèdent au bout de cinq à vingt jours. Dans leur intervalle, troubles digestifs, surtout trois à quatre heures après le repas. A l'entrée, malade amaigri. Bientôt, crise douloureuse, suivie d'ictère net par rétention et d'élévation thermique à 39°5. Aucune amélioration au bout de 15 jours.

Intervention le 31 mai 1923. — Vésicule biliaire grosse, dont les parois sont épaissies. Adhérences facilement rompues. Cholédoque très gros. On ne décèle aucun calcul. Le duodénum remarquablement étalé encadre la tête du pancréas, très volumineuse, de couleur normale, dure. On fait le diagnostic de pancréatite. *Cholécystostomie.*

Suites opératoires assez bonnes. — Il s'écoule de la bile blanche et du mucus, puis de la bile normale le deuxième jour. La température baisse. Le malade, qui était dans un état de faiblesse extrême, reprend progressivement ses forces. La fistule donne abondamment, les selles se colorent au bout de trois semaines. Le 22 juin, le malade pesait 43 kilogs; le 30 juillet 52 kilogs. La fistule se tarit progressivement mais il persiste un petit orifice, punctiforme, laissant passer une certaine quantité de bile. Les selles restent bien colorées.

Deuxième intervention le 23 août. — Cure de la fistule biliaire. Le fond de la vésicule est dégagé, l'orifice fistuleux agrandi. La muqueuse est granuleuse. On estime plus prudent de conserver la vésicule, on la ferme par deux plans de sutures.

Suites opératoires. — Deux jours après, le pansement est souillé de bile; puis, en quelques jours, la fistule se ferme. Cicatrisation le 5 septembre. Le malade pèse 53 kil. 500, est en parfait état, ne souffre plus; facies florissant, forces revenues; digestions faciles, ictère complètement disparu.

M. le Docteur Costantini veut bien nous donner des nouvelles de son malade, le 21 avril 1925: « Mon malade va aussi bien que possible. Je l'ai rencontré il y a environ deux mois. Il se portait admirablement, gardait son poids. »

2° LITHIASÉ VÉSICULAIRE

OBS 65, DURET, 1908. — F. 35 ans; fièvre typhoïde, il y a dix ans. Depuis sept ou huit ans, coliques hépatiques. En décembre dernier, anorexie, vomissements. En février, ictère qui se prononce vite. En sept mois, l'état général devient de plus en plus mauvais. Faiblesse extrême; le 14 juin, amaigrissement de 25 kilos. L'épuisement de la malade était tel qu'on pouvait redouter une intervention; elle ne pouvait rien prendre, était essoufflée, avec des battements de cœur violents pour la moindre action.

Intervention, juin 1907. — On ouvre la vésicule: bile épaisse, et, vers le col, on extrait 6 calculs. Dans l'anse du duodénum, tumeur dure, bosselée, du volume de deux poings, repoussant fortement les organes voisins. Nous crûmes à

un énorme cancer ; le cathétérisme du cholédoque vers l'intestin semblait impossible. *Cholécystostomie*, avec résection d'une portion de la vésicule très altérée.

Suites opératoires. — Favorables. Vers la sixième semaine, les matières se colorent, d'abord par intermittences. Disparition de l'ictère et reprise des forces. La malade retourne chez elle dans les premiers jours d'août. Nous craignions qu'il ne s'agisse d'un cancer. La malade guérit totalement, retrouva son appétit et une santé complète ; trois mois après, elle avait récupéré sa fraîcheur et son embonpoint. La fistule de la vésicule biliaire persistait, ne donnant plus issue à la bile. Matières normales. En avril 1908, la fistule laissait couler par intermittences un verre ou deux par jour d'un liquide clair, légèrement grisâtre. L'examen attentif par le palper abdominal de la tumeur pancréatique, autrefois si apparente et si volumineuse, montra que celles-ci avait complètement disparu. Ma malade, d'ailleurs, dont la fistule est fermée, jouit aujourd'hui d'une excellente santé.

OBS. 66, MOSETIG-MOORHOF, 1902. — F. 31 ans, mère de sept enfants, entre le 11 septembre. Début en avril, par des crises de douleurs gastriques, répétées à intervalles réguliers. En juillet, de plus, pendant plusieurs semaines, épistaxis sans cause appréciable, tous les deux ou trois jours. A la fin de juillet, ictère qui, rapidement, s'intensifie et s'accompagne de douleurs hépatiques irradiées dans le dos. Rapide amaigrissement, digestions pénibles, démangeaisons, insomnie. Etat squelettique, ictère brun noir. Selles ictériques, le foie déborde de trois travers de doigt le rebord costal. Epigastre douloureux et résistant. Diagnostic : calcul du cholédoque.

Intervention. — Vésicule non tendue ; à l'ouverture, bile aqueuse, peu colorée et une douzaine de calculs à facettes ; découverte du cholédoque après avoir rompu quelques adhérences. On perçoit une tumeur, des dimensions d'une petite pomme, derrière le pylore et le duodénum, dans la tête du pancréas. Dans le cholédoque, qui n'est pas ectasié, on ne trouve aucun calcul. On hésite sur la nature de la tumeur ;

l'absence d'ascite et aussi *la nécessité de terminer vite* font établir une *cholécystostomie*.

Suites opératoires. — Apyrétiques. Au quatorzième jour, les selles sont un peu colorées et l'ictère commence à faiblir, pour disparaître au bout d'un mois. L'écoulement par la fistule, important pendant la première semaine, s'atténue progressivement. A la fin de décembre, la fistule est fermée opératoirement, la malade a repris sa parfaite santé et un notable embonpoint.

OBS. 67, QUÉNU et DUVAL, 1905. — F., 31 ans, entrée le 25 mars 1905. Il y a cinq ans, coliques hépatiques nettes, durant dix à douze heures ; ictère pendant cinq ou six jours. Au mois de septembre 1904, nouvelle crise de deux jours, subictère ; depuis janvier 1905 crises très fréquentes, avec fièvre. Ictère chronique depuis lors ; les selles ont, en février, repris temporairement leur couleur normale. Depuis un mois, amaigrissement de 5 kilogs, pas de fièvre. Examen négatif.

Intervention le 6 avril. — *Cholécystostomie* ; deux gros calculs dans la vésicule. Le cystique est perméable. Tête du pancréas grosse et dure. Malgré le décollement duodéno-pancréatique, l'exploration du cholédoque n'est pas facile : duodénotomie verticale sur la deuxième portion, cathétérisme ascendant ; le cholédoque ne contient pas de calculs. Suture du duodénum.

Suites opératoires. — Normales. La température reste au-dessous de 37°2. La bile commence à s'écouler le 13 avril. Le 13 mai, selles colorées ; l'ictère a beaucoup diminué. La fistule est fermée le soixante-douzième jour. L'état général est excellent. Son poids a augmenté de 2 kil. 150. Revue bien portante, fin octobre 1905 (Daviau).

OBS. 3, QUÉNU (page 30).

3° VÉSICULE SAINÉ

OBS. 68, WALTHER. — Bonne santé habituelle. En 1895, légère colique hépatique. En janvier 1902, amaigrissement, l'appétit diminue, grande lassitude. En juillet 1902, violentes

coliques hépatiques, avec nausées, fièvre. Ictère généralisé, qui, depuis, a subi des oscillations sans disparaître. Selles restées décolorées. Appétit très diminué, digestions difficiles. Alternatives de rechutes et d'améliorations jusqu'au 22 octobre : crise plus violente durant deux jours. L'ictère se fonce. Aspect général cachectique. Foie débordant les fausses côtes. Grosse vésicule diminuant parfois de volume. Le 26 octobre, la coloration des urines diminue. On ne sent plus la vésicule.

Intervention le 27 octobre 1903. — Foie congestionné, en état de cirrhose biliaire, un peu granuleux; extrêmement souple. Vésicule distendue, épaissie, très vascularisée. Ouverture et aspiration de son contenu (sang et bile verdâtre en petite quantité). Voies biliaires absolument souples, d'un examen facile. Le pancréas gros, dur, bosselé, et, au niveau de la tête, tumeur évidente, d'une dureté ligneuse, dont les limites, du côté du corps, ne sont pas nettes. *Cholécystostomie*. Diagnostic : cancer.

Suites opératoires. — Normales. La fistule ne donne qu'un peu de mucus incolore. Le 6 novembre : lymphangite passagère au niveau de l'orifice fistuleux. Le 13, il commence à sortir de la bile rapidement plus abondante. Départ le 23 novembre 1903. (La fistule biliaire donne un peu moins.) Revue le 21 novembre 1904 : état général parfait, reprise de plus de 20 kilos. Les forces et l'appétit sont complètement revenus, jamais la moindre douleur. Selles normales. Le foie déborde encore les fausses côtes de 2 centimètres. Il a persisté une fistule biliaire, qui fait une légère hernie muqueuse.

c) Fistule biliaire totale ou rebelle

1° CHOLÉCYSTITES CHRONIQUES NON CALCULEUSES

OBS. 69, M. le Docteur SANTY (inédite). — H., 22 ans, vient consulter le 14 décembre 1923, pour ictère et douleurs. Dans ses antécédents: coqueluche grave dans l'enfance. L'an dernier, au service militaire, alors que depuis quatre ans il faisait des bronchites l'hiver, broncho-pneumonie, qui a duré

vingt jours et a touché l'état général. Il y a quatre semaines, alors que depuis huit jours il avait le blanc des yeux jaune, vomissements copieux, à type d'indigestion. Par la suite, sans température, ni frissons, à trois reprises (la dernière fois il y a trois jours), *crises très violentes*, durant 2, 3 et 6 heures, à maximum épigastrique, avec nausées, sans vomissements, sans température, mais avec augmentation de l'ictère le lendemain. Urines foncées, matières blanches. Actuellement, ictère pâle, mais très net. Foie gros à la percussion, ainsi du reste que la rate.

A la radio, poumons sains, petit cœur, gros ganglions hilaires très opaques.

Intervention le 19 décembre 1923. — Après cinq jours d'observation, l'ictère ne diminuant pas, laparotomie sous-costale. Foie gros, non ictérique, de couleur rouge sombre. Vésicule à paroi très épaissie, opaque, blanchâtre, avec grosses adhérences la réunissant à la face antérieure du duodénum. L'exploration du pédicule montre de gros ganglions de même couleur que le foie, mous, dont on prélève un échantillon. On termine par une *cholécystostomie* et un prélèvement biliaire.

Examen histologique du ganglion prélevé (Bernheim) La pièce examinée est un ganglion lymphatique, dont la topographie normale est conservée. On distingue parfaitement la substance folliculaire et les voies caveuses. A noter seulement l'hyperplasie des follicules lymphoïdes, surtout des follicules à centre clair, qui sont plus nombreux qu'à l'état habituel et une réaction marquée de la trame, avec abondance de cellules réticulées endothéliales. Il n'existe pas d'éléments cellulaires anormaux, pas de cellules géantes, pas de foyers de dégénérescence.

L'abondance des follicules lymphoïdes et des éléments du réticulum montre cependant que le ganglion est le siège d'une réaction inflammatoire, dont la nature ne peut être précisée.

Examen bactériologique de la bile prélevée (Lebeuf). — Les tubes de culture ensemencés sont restés stériles après plus de 24 heures d'étuve, et le sont restés encore après cinq jours d'étuve.

Suites opératoires. — Le 27 décembre 1923, les premiers jours, la bile a coulé très peu par le tube et la température s'est un peu élevée. On met un tube plus gros. La bile coule.

Le 2 janvier 1924, le liquide qui s'écoule par le drain est, en grande majorité, un liquide incolore, comme du mucus, en grande quantité (trois quarts de litre pour les 24 heures). La nuit seulement, de 22 heures au matin, ce liquide se teinte de bile et arrive à être entièrement bilieux. L'état général se remonte, l'appétit est revenu et, peu à peu, l'excrétion se tarit.

Le 10 janvier 1924, le malade part chez lui avec une fistule presque sèche.

Le 18 janvier 1924, la fistule est complètement fermée. A partir de cette époque, anorexie, sensation de plénitude ; brusquement, le 21, crise intense analogue aux premières, mais plus violente : douleurs atroces dans le creux épigastrique, la région dorsale, que la morphine calme difficilement. Quelques heures après la fistule s'ouvre à nouveau et il s'écoule beaucoup de mucus et beaucoup de bile. La bile même semble couler uniquement par la fistule pendant cinq jours. Les urines sont foncées, les matières décolorées et les conjonctives jaunes.

Le 29 janvier 1924, la fistule s'est à nouveau fermée spontanément ; on la débouche à la sonde cannelée ; il s'en échappe une grande quantité de bile blanche. On décide de réintervenir.

Le 30 janvier 1924, nouvelle dilatation, nouvelle évacuation biliaire.

Deuxième intervention le 31 janvier 1924. — Laparotomie au niveau de l'incision. On dissèque le trajet et on isole assez simplement la vésicule, dont on ferme le pertuis par un surjet.

Cholécysto-gastrostomie sur l'antra pylorique à trois plans à la suture. On constate en outre l'énorme volume de la tête du pancréas, qui est hypertrophiée en totalité et déborde le duodénum considérablement en arrière.

Suites opératoires. — Le 4 février 1924, petit incident, douleur brusque dans l'hypocondre droit, suivie d'un état de

malaise et d'élévation thermique. Le lendemain, léger mélanæ. Hémorragie vésiculaire probable.

Le 23 février 1924, la malade quitte la maison de santé, s'alimente, ne souffre pas, gros appétit, le subictère a complètement disparu, la paroi est bonne.

Le 19 janvier 1925, conserve un peu de teinte subictérique très légère des conjonctives et des téguments. A repris son poids d'avant la maladie. Digère bien, énorme appétit, par moment embarras gastrique très léger, avec stagnation gastrique, renvois fétides. Jamais de vomissements. Rien à la palpation.

Radioscopie : Estomac vide à jeun, pas de niveau liquide après bismuth, l'estomac se remplit bien. Evacuation assez lente. Contractions peu visibles.

On aperçoit au-dessus du pylore une petite tache fixe qui paraît bien être la vésicule et qui reste visible jusqu'à la fin de l'évacuation gastrique.

OBS. 70, ARNSPERGER, 1904 (1). — F., 26 ans. Depuis l'âge de 12 ans, crises douloureuses violentes dans l'hypocondre droit, vomissements. Le traitement médical les fit cesser à 20 ans. Excellente santé jusqu'à l'automne 1899 : les coliques, accompagnées d'ictère, réapparaissent plus ou moins intenses, allant jusqu'à se répéter deux fois par semaine. A l'entrée, le 23 septembre 1900, bon état général, ictère léger des conjonctives. Foie nettement augmenté de volume, ainsi que la vésicule. Diagnostic : calcul du cholédoque.

Première intervention le 26 septembre (Czerny). — Vésicule cachée par des adhérences. Dans son intérieur, bile pure, pas de calcul. Légère inflammation de la muqueuse. Aucun calcul dans les voies principales. *Cholécystostomie*.

Suites opératoires. — Les premiers jours, élévation thermique en rapport avec des incidents pariétaux. La fistule biliaire persiste. Les selles restent décolorées.

Deuxième intervention (Petersen). Après libération des adhérences, la vésicule apparaît du volume et de la forme du médius. La tête du pancréas présente une tumeur dure, plus grosse qu'une noisette, qui ne paraît pas être maligne,

Cholécysto-duodénostomie à hauteur du pylore (bouton de Murphy).

Suites opératoires. — Petite fistule par où s'écoule de la bile et un peu de liquide duodénal, mais qui guérit vite. Au douzième jour, évacuation du bouton. Le 17 octobre 1900, cicatrisation, très bon état général. Le 3 juillet 1904, excellentes nouvelles, aucune douleur ni aucun trouble digestif. trois accouchements depuis l'opération.

OBS. 71, MAYO-ROBSON, 1902. — Le 28 janvier 1901, H., 26 ans, présentait un ictère intense depuis l'âge de 17 ans, à la suite d'une crise de coliques hépatiques plus accentuée (les crises hépatiques avaient débuté à 14 ans). Pendant deux ou trois ans, violentes crises, semblables à des accès de fièvre intermittente. Perte de poids et des forces ; depuis deux ans, il n'a plus ressenti de frissons ; quelques crises douloureuses légères, à la suite desquelles l'ictère s'est accentué. Le malade ne pesait que 57 kilos ; légère voussure dans la région pancréatique, augmentation de la matité hépatique et hypertrophie très marquée de la rate,

Première intervention le 1^{er} février. — Vésicule rétractée. Nombreuses adhérences. Pas de calculs dans les voies biliaires. Tête du pancréas volumineuse et très dure. *Cholécystostomie.*

Suites opératoires. — Pendant quelques jours, l'ictère est plus intense encore. Puis il diminue graduellement avec le début de l'écoulement de la bile et disparaît presque entièrement. Au dixième jour, selles colorées normalement.

Le malade part le 16 avril, ayant repris 3 kilos. Il avait bonne mine et se sentait beaucoup plus fort. Comme une petite quantité de bile s'écoulait encore par le drain, on jugea prudent de le laisser jusqu'à ce que la dernière teinte d'ictère ait disparu. Il n'a pas souffert de nouveau, a pu prendre une nourriture ordinaire et la bien digérer.

Deuxième intervention. — Le 14 septembre 1901, il revient pour le traitement de sa fistule biliaire. *Cholécysto-entérostomie.*

Quand il retourna chez lui, en octobre, il se portait bien, à l'exception d'une très légère teinte ictérique.

2° LITHIASÉ VÉSICULAIRE

OBS. 72, BARLING, 1900-1903. — H., 44 ans. Ictère franc; douleur à l'épigastre et dans l'hypocondre droit, s'irradiant dans le dos, avec frissons et vomissements. Des crises douloureuses semblables avaient déjà apparu à intervalles de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, quelques-unes accompagnées de frissons.

Première intervention en 1897. — Pas de calculs biliaires, mais dans la tête du pancréas une masse considérable, qui n'était pas dure, un peu lobulée et pouvait être maligne.

Suites opératoires. — Bonne amélioration pendant quelques mois. Peu après, les douleurs devinrent intenses, comme auparavant; mais il devenait évident qu'elles n'étaient pas dues à une tumeur maligne de la tête du pancréas. En janvier 1901, le malade vint à nouveau, avec douleurs, frissons, vomissements et ictère. Il était extrêmement épuisé, incapable de travailler, à cause de sa faiblesse et de la fréquence de ses crises.

Deuxième intervention le 4 janvier 1901. — Ouverture de la vésicule. Extraction de deux calculs de la grosseur d'un petit pois, de bile puante et de pus (ensemencements abondants de coli-bacille et peu de cocci). La tête du pancréas était encore augmentée, dure comme du cuir. *Cholécystostomie.*

Suites opératoires. — Le drain est maintenu dix mois. Aussitôt qu'il est enlevé, l'ancien cortège symptomatique reparaît pour disparaître lorsque la fistule se rouvre.

Troisième intervention le 4 juin 1902. — Ce fut avec grande difficulté que l'on put trouver les parois du *côlon* et de la *vésicule* rétractée. *Anastomose* au petit bouton de Murphy, la suture étant impossible.

Suites opératoires. — Les progrès étaient tels que j'espérais que le malade serait bientôt de nouveau guéri, mais, le 23 juin, trois selles contenant une grande quantité de sang et, trois jours plus tard, abondante hémorragie et le malade mourut.

Autopsie. — L'anastomose a tenu. Bouton dans le *côlon*

descendant. Large ulcération gangréneuse de la vésicule, source de l'hémorragie, juste au-dessus de l'ouverture dans le côlon. Vésicule biliaire distendue, entourée par des adhérences; cystique, hépatique et cholédoque dilatés. Pas de rétrécissements ni de calculs. Le cholédoque laissait passer jusque dans le duodénum une sonde de numéro 4. Pancréas très dur et dense.

Examen histologique. — Nombreuses et épaisses travées fibreuses formant un réseau grossier et irrégulier. L'aspect se rapprochait de celui de la cirrhose hépatique; les cellules pancréatiques étaient par endroits dégénérées. Le foie montrait également des altérations de sclérose.

3° VÉSICULE SAINES

OBS. 73, GRIFFITHS, 1902; MAYO-ROBSON, 1904. — F. 28 ans, mal portante depuis qu'elle avait eu la fièvre typhoïde il y a deux ans. Ictère datant de six mois, crises douloureuses abdominales. Vésicule grosse.

Intervention en juin 1902. — Tête du pancréas plus grosse et plus dure que normalement. Pas de calculs biliaires. *Drainage de la vésicule.*

Suites opératoires. — Disparition de l'ictère. La fistule se ferme en quatre semaines. La malade recouvra la santé, engraisa rapidement et dit aller mieux qu'avant sa fièvre typhoïde.

L'observation est ainsi complétée par Mayo-Robson et Dobson, en 1904: « La malade resta bien portante jusqu'en mars 1903, date de la reprise de l'ictère, avec nausées et douleurs; elle devint très malade et s'amaigrit rapidement. La vésicule était dilatée; gonflement distinct au niveau du pancréas. Cristaux pancréatiques, dans l'urine.

Deuxième intervention le 4 juin 1903. — Vésicule enflammée et distendue; gros kyste sur le côté interne de la vésicule biliaire contenant de la bile et du pus, probablement le cholédoque dilaté; un doigt passé dans le kyste conduisait derrière l'estomac et le duodénum; *drainage de la vésicule biliaire et du kyste.*

Suites opératoires. — La malade se rétablit bien. Par le

drain du cholédoque s'écoulait 20 à 30 onces de bile, et de la vésicule biliaire, 4 à 6 onces de mucus clair. Malade faible et maigre, n'avait pas d'appétit, ne pouvait digérer qu'un peu de lait. Réaction de Cammidge. Les fèces contenaient de la graisse et des fibres musculaires. Dans la bile, nombreux bacilles (B. enteriditis de Gartner).

Troisième intervention 8 octobre 1903. — Tête du pancréas augmentée de volume, mais pas de calcul. *Cholécystectomy*. *Cholédoco-duodénostomie* au moyen d'un bobine en os décalcifié.

Suites opératoires. — Le soir même de l'opération, la malade dit avoir faim, pour la première fois depuis sa maladie. Elle commence immédiatement à digérer n'importe quelle nourriture ; réapparition des forces et de sa couleur naturelle ; la malade fit de tels progrès de convalescence qu'elle retourna chez elle dans le mois suivant, ayant engraisé de sept livres depuis l'opération.

OBS. 74, MAYO-ROBSON, 1904. — H. 37 ans, qui avait été opéré dans un autre hôpital pour ictère persistant. On ne trouva pas de calculs biliaires, mais on sentit une tumeur de la tête du pancréas qu'on pensa être un cancer. *Cholécystostomie*. Une fistule biliaire avait persisté, et bien que le malade n'eût plus d'ictère, il restait faible et amaigri. *Cholécystentérostomie* le 13 juillet 1896. Le malade eut un bon rétablissement et reprit du poids et des forces. Un an après, il était bien guéri.

A côté de ces opérations itératives se place un cas de *cholécystectomy secondaire*.

OBS. 75, QUÉNU, 1912 (2). — F. 56 ans ; depuis sept ans, brusques douleurs épigastriques, sans fièvre ni ictère, se répétant deux ou trois fois par an. Epistaxis abondante en août 1909. Trois ou quatre mois après : affaiblissement, sensibilité épigastrique persistante, puis crises particulièrement intenses chaque jour pendant une semaine ; la douleur s'ir-

radie dans les deux épaules, plus encore à gauche qu'à droite, et, lors de la dernière crise, reste rebelle à la morphine. Deux jours après, ictère rapidement foncé, selles extrêmement abondantes et décolorées. Aucune diminution de l'ictère depuis sept semaines.

A l'entrée, douleur au point vésiculaire, et un peu au-dessous.

Examen coprologique : Déchet dans l'absorption des graisses. La malade a perdu 5 kilos en un mois (pèse 53 kilos, alors qu'elle était très grosse et très forte il y a deux mois). Température normale.

Première intervention le 7 février 1910. — Vésicule petite, rétractée, adhérente, renfermant un petit calcul et pas de bile. Cystique imperméable. Cholédoque dilaté, sans calcul. Pancréas extrêmement dur, granuleux. On effondre le petit épiploon : sa face antérieure présente une tumeur bosselée paraissant néoplasique. Biopsie. *Cholécystostomie*.

Suites opératoires. — Dès le 14, l'ictère s'atténue. Du 17 au 22, crise douloureuse suivie d'accentuation de l'ictère. Le 25 février, selles colorées. Le 2 mars, reprise de poids de 3 kilos. L'ictère persiste, mais notablement diminué.

Examen histologique du fragment prélevé. — Structure typique du pancréas. Pas de néoplasme.

Deuxième intervention. — *Cholécystectomie* : on retrouve une très petite concrétion calculeuse. On détache le cystique oblitéré et dilaté près de son embouchure. *Incision du cholédoque*. Exploration négative. Mise en place d'un drain à frottement. *Duodénotomie exploratrice*. Cathétérisme par le papille, pas de calculs.

Suites opératoires. — Réaction assez vive. L'ictère disparaît le 10 mars. L'écoulement biliaire est devenu abondant.

Le 15 avril, le poids est de 58 kilos. Digestion parfaite, retour des forces. Un mois après, elle reprend son travail. En janvier 1912, état de santé florissant ; elle n'a pas ressenti la moindre douleur et pèse 71 kilos.

d) Cas de mort

OBS. 2, TERRIER (page 29).

OBS. 9, MISS ANDERSON, (page 36).

OBS. 76, WALTHER. — F. 37 ans. D'une fausse couche survenue il y a dix-sept ans datent des douleurs épigastriques, troubles dyspeptiques par crises, avec alternatives de diarrhée et de constipation. Depuis cinq semaines, coliques hépatiques plus nettes et plus fréquentes, s'irradiant dans les lombes, dans les épaules. *Ictère intense*, sans atténuation ; température 39° ; les selles auraient repris par moment leur coloration. Plusieurs épistaxis abondantes ; les douleurs ont persisté semblables. Le foie descend à trois ou quatre travers de doigt des fausses côtes ; il est dur, lisse ; rate hypertrophiée, douloureuse ; matières complètement décolorées. Le poulx n'est pas ralenti.

Intervention le 2 décembre 1903. — Liquide séreux. Le foie est hypertrophié et induré ; à sa surface, nombreux petits abcès miliaires. La vésicule, très profonde, est ponctionnée, puis incisée : il s'écoule une bile très épaisse, mélangée de sang. On en retire des grumeaux noirâtres, mélangés de bile et de caillots. Muqueuse épaisse et rugueuse. Après incision du méso-côlon transverse, on sent une masse dure, volumineuse, *que l'on prend au premier abord pour un calcul*, mais on se rend bientôt compte qu'elle s'étend au niveau de la *tête du pancréas*, occupant une circonférence de 5 à 6 centimètres de diamètre. Le cathétérisme des voies biliaires à la sonde molle, puis au cathéter métallique ne montre pas de calculs. Une *aiguille* de couturière s'enfonce très facilement dans la masse pancréatique. *Cholécystostomie* rendue difficile par la friabilité des parois de la vésicule.

Suites opératoires. — Normales. La malade semblait en bonne voie de guérison. Sa fistule biliaire fonctionnant parfaitement, les douleurs ayant diminué, ainsi que la teinte ictérique, quand, le septième jour, elle eut une syncope et mourut.

Autopsie. — Poumons congestionnés. Nombreuses adhé-

rences. Le pancréas est très hypertrophié au niveau de la tête, une masse du volume d'un œuf environ, englobant le cholédoque et le canal de Wirsung. A la coupe, cette masse est très dure, d'aspect fibreux.

Examen histologique. — Pancréatite interstitielle.

B. — Valeur de la cholécystostomie

Dans l'interprétation de ces résultats opératoires, quelques points semblent évidents :

1° La mortalité opératoire (1/10) doit être considérée comme faible, les malades traités par l'abouchement de la vésicule à la peau n'étant souvent plus justiciables d'aucune autre intervention. Loin de mettre sur le compte de la cholécystostomie les trois cas de mort, il convient de les défalquer et de noter par contre les cas désespérés qu'elle a permis de sauver.

2° Il faut, d'autre part, ne pas tenir compte du cas de cholécystectomie secondaire, qui se rapporte à une oblitération du cystique, non constatée au cours de l'intervention.

Restent donc 26 observations qui se groupent de la façon suivante :

6 cas avec cholécystite chronique non calculeuse,
dont

- 2 excellents résultats,
- 1 fistulette,
- 3 anastomoses secondaires.

6 cas avec lithiasé vésiculaire,
dont

2 excellents résultats,
3 fistulettes,
1 anastomose secondaire.

14 cas avec vésicule saine,
dont

10 excellents résultats,
2 fistulettes,
2 anastomoses secondaires.

Le type anatomique joue donc le plus grand rôle dans la condition des résultats opératoires.

A ne considérer que la statistique globale, qui comporte une proportion des divers types anatomiques de la pancréatite assez voisine du pourcentage général, il faut noter que, *dans plus de la moitié des cas*, la cholécystostomie, l'opération la plus simple et la plus bénigne, a entraîné une *guérison complète et rapide*, l'écoulement biliaire ayant cessé en quinze jours ou un mois. C'est là une notion très importante qui caractérise réellement le syndrome pancréatite chronique avec ictère et le *différencie* de façon nette des autres causes de rétention biliaire.

Dans un peu moins du quart des cas, la *fistule se prolongea alors que la lésion pancréatique était guérie*, que la bile avait retrouvé son cours normal. Ces fistules biliaires minimales sont à mettre au passif de l'opération. On sait qu'elles ont pu être facilement traitées par une petite opération plastique, faite sous anesthésie locale.

Mais, dans une proportion égale, la *fistule biliaire*

nécessite une opération plus complexe: la cholécyst-entérostomie. Il faut distinguer :

1° Les cas où la *pancréatite était guérie*, la fistule était *incomplète*, le malade avait repris du poids, ne souffrait plus : comme dans l'observation 71 de Mayo-Robson, où l'anastomose semble n'avoir en rien amélioré à ce point de vue le résultat opératoire.

2° La *fistule purement muqueuse* indiquant, on le sait, une lésion vésiculaire incurable.

3° La fistule peut, au contraire, persister *totale* et signer le défaut de guérison de la pancréatite chronique. Ainsi, les observations 70 et 74, chez lesquelles l'anastomose amène la guérison définitive.

4° Mais les cas les plus intéressants sont faits des observations 69, 72 et 73, dont la première correspond à un malade de notre maître, M. le Docteur Santy, chez lesquels on assiste à l'*évolution par poussées successives de la pancréatite chronique* : dans deux cas (Santy, Barling), lorsque la fistule se ferme, apparaissent des douleurs, des troubles digestifs, des frissons qui cèdent à la réouverture de la fistule. Le malade de Griffiths présenta une récurrence onze mois après et fut réopéré par Mayo-Robson.

L'étude des résultats éloignés de la cholécystostomie permet de dire : dans 7/10 des cas, la pancréatite chronique avec ictère guérit bien par simple cholécystostomie ; dans 3/10, elle est rebelle ou récidivera.

Il faut ajouter que ceci est vrai pour une statistique globale, comprenant une *proportion à peu près normale* des diverses formes anatomiques, et avec cette réserve qu'il s'agissait souvent de *cas désespérés*.

Ces conclusions doivent être modifiées pour chacune d'elles, les formes avec cholécystite étant plus difficiles à traiter. *Les formes sans lésions vésiculaire guérissent au contraire dans les proportions de 6/7 par la seule cholécystostomie*: quant aux formes graves de la pancréatite chronique avec ictère, elles ont, avec la cholécystostomie, une véritable *soupe de sûreté* (Costantini); le chirurgien a dans la fistule une image fidèle de la maladie pancréatique, dont *il surveille l'évolution*.

Dans un certain nombre de cas, la cholécystostomie a une *valeur curatrice trop faible*. Suffisante sept fois sur dix, elle est au-dessous de sa tâche dans les trois autres cas, mais il est aisé de s'en apercevoir et surtout d'y remédier.

Elle joue ainsi le rôle de *traitement d'épreuve*, permettant de différencier les formes bénignes des formes graves et rebelles que rien, semble-t-il, ne peut cliniquement ou opératoirement séparer. Elle guérit parfaitement les premières avec le minimum de risques; elle supprime, dans les formes graves, l'élément redoutable qu'est la rétention biliaire, les met ainsi à même de supporter une opération secondaire mieux adaptée et plus grave.

Ajoutons enfin que, l'erreur étant toujours possible, et un cancer étant diagnostiqué à tort pancréatite chronique, il est relativement aisé de remédier à la avant que les effets de la déperdition biliaire ne se fistule définitive par une anastomose vésiculaire, soient faits sentir.

Il n'en est pas de même lorsque l'on a dérivé la bile cholédocienne.

CHAPITRE III

Les opérations cholédociennes

A. — Le drainage à l'extérieur de la voie biliaire principale

Le drainage des voies biliaires principales assure *au maximum* le traitement de la pancréatite chronique avec ictère ; il lève la rétention biliaire, permet l'ablation de la vésicule, cause première de la pancréatite et il a, pour ces deux raisons, l'action la meilleure sur l'inflammation chronique de la tête du pancréas.

Desjardins, Kehr, ont appelé « opération de choix » le drainage à l'extérieur des voies biliaires principales. Pratiquement, il faut faire les réserves suivantes, qui réduiront singulièrement la valeur de l'opération de Kehr : gravité opératoire ; risque d'une fistule de la voie biliaire principale dans le cas, soit d'une pancréatite rebelle, soit d'un cancer méconnu ; inutilité fréquente (3 fois sur 10 avons-nous vu) de faire courir, d'emblée, au malade, ces dangers.

La cholédocotomie a été faite pour des raisons assez différentes, aussi convient-il pour comprendre la place de cette opération dans le traitement du syndrome pancréatite chronique avec ictère, de chercher à retrouver le mobile qui a guidé le chirurgien, spécialement dans l'état de la vésicule.

a) **Drainage du choledoque imposé
par de très importantes lésions de la vésicule**

1° CHOLÉCYSTITE CHRONIQUE NON CALCULEUSE

OBS. 77, M. le D^r DELORE (inédite). — F. 60 ans, 8 frères et sœurs en bonne santé, 14 enfants dont 4 morts en bas âge; les autres en bonne santé. Une fièvre typhoïde à 36 ans, guérie sans complications. Il y a dix ans, des crises passagères de coliques dans la région lombaire, prises pour des coliques néphrétiques. Mais la malade constate de mauvaises digestions, perd son appétit, maigrit un peu. Elle ne cesse pas son travail. Dégoût pour les graisses.

En septembre dernier, apparaît l'ictère, qui progresse petit à petit et en octobre s'ajoutent des douleurs commençant dans les reins, nettement plus haut que lors des crises antérieures : sensation de construction abdominale. Crises extrêmement douloureuses, s'accompagnant de perte de connaissance. Pas d'irradiations scapulaires. Espacées d'abord tous les quinze jours, tous les mois, elles deviennent de plus en plus fréquentes et finalement se répètent tous les huit jours. Elles surviennent surtout dans la journée, sans horaire fixe, durent un quart d'heure et laissent une sensation d'abattement. La malade ne quittera plus le lit. L'ictère subit quelques variations, pâlit un peu après chaque crise, sans jamais disparaître complètement et dans l'ensemble s'accroît progressivement; quelques vomissements bilieux, quelques frissons accompagnent certaines crises.

A l'entrée, malade très amaigrie, avec un ictère franc et généralisé. Prurit.

Sous l'hypocondre gauche, une masse arrondie, dure, à contours nets, qui descend assez bas presque dans la fosse iliaque interne et qui est peu douloureuse à la pression. Il semble que ce soit la vésicule. Le foie, gros, couvre presque tout le creux épigastrique. Le rein droit est ptosé, très mobile.

Intervention le 4 mai 1921. — Sous anesthésie, on sent une tumeur au-dessous du bord inférieur du foie. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Le foie, volumineux, descend très bas et le lobe droit atteint même la fosse iliaque droite. Au-dessous, le doigt arrive sur une masse profonde, qui est le pancréas induré. La vésicule est recouverte par le duodénum qu'il faut décoller. On arrive à la découvrir, on l'ouvre de proche en proche jusqu'à la veine porte ou l'artère hépatique, qui présente une blessure latérale : une pince à demeure. Tube en T dans le cholédoque et l'hépatique.

Suites opératoires excellentes. — L'ictère disparaît progressivement. La fistule donne beaucoup de bile. Petite suppuration pariétale. Le quarantième jour, on enlève le drain, la malade n'est plus jaune. Elle quitte l'hôpital, encore très maigre. Progressivement, l'état général se rétablit. La malade dit avoir appris à marcher comme un enfant. Ce n'est qu'après six mois qu'elle peut reprendre sa vie normale.

La malade mange de tout, digère parfaitement, se porte beaucoup mieux qu'il y a quinze ans, dit-elle. Nous recevons de ses nouvelles le 12 février 1925 : « Ma santé est aussi parfaite qu'on puisse l'avoir à mon âge de 64 ans. J'ai été faible assez longtemps, mais je peux vous dire que je n'ai jamais eu aucun malaise concernant mon opération et ne suis jamais redevenue jaune. Mes forces sont bien revenues petit à petit et actuellement je fais mon travail habituel sans trop de peine pour mon âge. Tous ceux qui m'ont vue dans mon lit avant de partir à l'hôpital ne m'appellent que la *Ressuscitée*. »

Nous revoyons d'ailleurs la malade le 19 février ; l'examen reste négatif. Elle pèse actuellement 59 kilos, alors que son poids était tombé à 40 kilos avant l'intervention.

Un essai de *tubage duodéal* est tenté. Il se heurte à une impossibilité de déglutition de l'olive.

OBS. 78, MAYO-ROBSON et DOBSON, 1904. — F. 59 ans, vue le 23 janvier 1902. Depuis deux ans et demi, fréquentes crises douloureuses abdominales avec ictère. Il y a une semaine, crise violente avec vomissements, frissons, ictère. Point douloureux vésiculaire. Réaction de Cammidge.

Intervention le 31 janvier 1902. — Vésicule rétractée, épaissie ; tête du pancréas augmentée et dure. Cholécystectomie ; drain dans le cystique.

Suites opératoires. — Bonne guérison.

OBS 79, QUÉNU, 1912 (1). — F. 20 ans, entrée le 21 octobre 1911. Jaunisse intense depuis plus de cinq semaines. Depuis 1908, coliques hépatiques, sans ictère, entrecoupées par une grossesse gemellaire. Le 10 septembre, violente douleur, une heure après le repas, dans la région hépatique, irradiée dans l'épaule droite, vomissements. La douleur persiste quand, le troisième jour, apparaît l'ictère, qui n'a plus disparu. Nouvel accès douloureux depuis.

A l'entrée : ictère assez intense, faciès amaigri. Température axillaire 37° ; la malade raconte avoir eu à plusieurs reprises des frissons, suivis de transpirations. Les jours suivants, température à 37°4 le matin et 37°9 le soir. L'ictère n'a jamais varié ; décoloration complète des matières, qui n'a pas été toujours également accentuée.

Le foie n'est pas très gros ; légère sensibilité au-dessus et un peu à droite de l'ombilic, ainsi qu'au point de Mac Burney. Etat général assez bon, malgré un amaigrissement de 8 kilogs en six semaines (68 à 60). Diagnostic clinique probable : lithias cholédocienne.

Intervention le 3 novembre. — Vésicule biliaire petite, non adhérente au duodénum ni au côlon. Muqueuse rouge, saignante, un peu de boue biliaire, mais aucun calcul. Cystique perméable, dilaté. Cholécystectomie. Dans la voie principale, aucun calcul ; la tête du pancréas est saillante, grosse, d'une dureté extrême, et non simplement fermé, comme à l'état normal : induration massive.

Le cathétérisme de la voie biliaire dans les deux sens reste négatif. Résection du cystique, *drainage de l'hépatique*.

Suites opératoires. — Tout à fait favorables. Le 22 novembre, matières assez bien colorées ; suppression du drainage ; trois jours après, l'écoulement, déjà réduit de moitié, se tarit. Le 3 décembre, le poids est de 62 kilos. Décoloration progressive de la peau. A la fin de décembre, guérison complète, maintenue en janvier 1912 (reprise de 2 kilos).

La bile cholédocienne recueillie au cours de l'intervention, ne cultive pas. *Examen histologique* de la vésicule : cholestite chronique. *Analyse coprologique* : le 17 novembre matières décolorées, non diarrhéiques ; absorption des graisses réduite à 68 % ; fin décembre : absorption de graisses, 95 %.

OBS. 29, TERRIER, 1906 (page 70).

OBS 80, MARTON, 1908. — F. 46 ans, admise le 7 novembre 1917. Douleur constante dans l'épigastre, il y a dix-sept jours, s'irradiant à l'épaule droite, vomissements et ictère. La malade se rappelle une crise similaire il y a cinq ans.

Première intervention (D^r Nicoll). — La vésicule biliaire enfermée dans une masse d'adhérences épaisses, est très altérée ; le cholédoque est épaissi et induré. Pas de calculs ; tête du pancréas, très grosse, nodulaire ; cholédotomie et drainage par deux drains divergents.

Suites opératoires. — Les drains laissés quelques semaines tombent spontanément. A la sortie, la jaunisse était éclaircie, la fistule biliaire fermée. Neuf semaines après la première opération, la malade est amenée avec le diagnostic d'ulcère gastrique perforé. Elle avait eu, de temps à autre, des douleurs accompagnées de vomissements. Le 11 mai, la douleur devint intense. Vomissements fécaloïdes. Induration cartonnée de la partie supérieure de l'abdomen.

Deuxième intervention. — Exsudats péritonéaux plastiques cloisonnant l'abdomen. L'estomac, repoussé en haut, adhère à la face inférieure du foie. Des adhérences de l'épaisseur de l'index se tendent du pylore et du duodénum à la tête du pancréas et empêchent l'extériorisation de l'estomac.

Après un début de clivage, le doigt de l'opérateur passa à travers un trou dans la paroi de l'estomac, qui donne

d'abord l'impression d'une lésion traumatique. Cependant, le clivage étant continué, la paroi antérieure de l'estomac apparut avoir subi un processus de digestion. La consistance dans cette zone était de l'épaisseur d'un papier fin et vingt perforations furent rencontrées. Ces perforations étaient coniques, la base correspondant au revêtement séreux, et répondaient à une digestion de dehors en dedans. Une réparation immédiate des lésions fut effectuée en inversant la paroi antérieure de l'estomac, en l'enfouissant en une rangée de sutures continues recouvertes d'épiploon. De nombreuses zones opaques blanches furent trouvées, ressemblant à de la nécrose graisseuse de digestion pancréatique. *Le pancréas est trouvé à peu près double du volume qu'il avait à la première opération*, si bien que la tête et le corps furent explorés avec une seringue aspirante pour découvrir des abcès possibles, en une douzaine de points. 2 à 5 centimètres cubes de liquide fluide.

Suites opératoires. — Guérison en quatre semaines. Au moment de l'opération, elle pesait 120 livres; huit mois après, elle pèse 180 livres.

2° LITHIASÉ VÉSICULAIRE

OBS. 81, Docq, 1911. — F. 34 ans, soignée pour dyspepsie depuis quelques mois : douleurs tardives, cédant au traitement médical, puis devenues rebelles ; ictère apparaît à la suite d'une crise plus violente, et augmente. Calcul de cholestérine, retrouvé par tamisage des selles. Réaction de Cammidge. Troubles de digestion pancréatique dans les selles.

Intervention. — Le pylore est sain. La vésicule, enfermée dans les adhérences, contient 109 calculs et du pus. Parois friables. *Cholécystectomie.* Un explorateur cholédocien ne franchit pas d'abord la tête du pancréas, qui est grosse et indurée par place, puis finit par passer dans le duodénum. *Drainage de l'hépatique.*

Suites opératoires simples. — Drain enlevé le septième jour, matières colorées le neuvième. Fréquemment revue de puis, la malade est restée guérie.

OBS 82, KEHR, 1909. — H. 38 ans, entré le 16 décembre 1908. Il y a près de trois ans, coliques hépatiques avec léger ictère. Le 2 novembre 1906, à la suite d'une crise plus violente, ictère franc, qui s'accroît et persiste. Disparition des douleurs. Perte des forces. Le malade avait évacué, il y a trois semaines, 58 calculs, sans aucune amélioration. A l'entrée, grande cachexie, ictère très intense. Le foie n'est pas gros, la région vésiculaire normale. Réaction de Cammidge. Diagnostic : calcul du cholédoque et pancréatite.

Intervention le 21 décembre 1908. — Vésicule biliaire rétractée, adhérente. Le pancréas est d'une dureté de pierre et bosselé. Quelques points de cytotéatonecrose sur l'épiploon. Le cholédoque, resserré, ne présente pas de calculs; l'hépatique est libre, la papille perméable. Dilatation à la Czerny. Il vient peu de bile dans le cholédoque (insuffisance hépatique). Cholécystectomie. Drainage en T. La vésicule contient de nombreux petits calculs; son col est presque obstrué, en sablier.

Suites opératoires. — Les premiers jours, l'écoulement biliaire est faible, puis s'améliore. Le 28 décembre, ablation du tube. Le 10 janvier 1909, la bile n'a pas souillé le pansement. Le 28 janvier, guérison; l'ictère est presque disparu.

OBS. 83, KEHR, 1909. — F. 54 ans. Crampes gastriques autrefois, entérite il y a un an. Depuis quatre semaines, souffre à nouveau dans l'hypocondre droit, le dos, les épaules; frissons; ictère devenu intense. Sensibilité à l'épigastre et dans la région vésiculaire. Cammidge négatif. Diagnostic : calcul cholédocien.

Intervention le 12 janvier 1909. — Grosse vésicule adhérente. Pancréas dur. Cholédoque dilaté, ne renfermant pas de calculs. Cholécystectomie. Cholécotomie. Papille perméable à l'exploration au doigt. Drain en T.

Suites opératoires. — Le deuxième jour, vomissements sanglants. Le 20 janvier, ablation du drain. Le 31 janvier, le pansement n'est pas souillé. Départ le 10 février.

OBS. 84, KEHR (*in* EICHMEYER, 1910). — H. 44 ans, entré le 21 octobre 1909. Ictère intense.

Intervention le 28 octobre. Vésicule adhérente, très grosse, à parois épaissies, contenant environ 200 calculs. Nombreuses ulcérations et hémorragies de la muqueuse. Bile trouble dans le cholédoque et l'hépatique. Pas de calcul. Pancréas très dur, chaque lobule donnant l'impression d'un caillou. Cholécystectomie. Drainage en T. Décollement du duodénum (libération rétroduodénale du cholédoque).

Guérison.

OBS. 85, VIANNAY, 1908). — F. 50 ans, deux enfants, le premier mort-né. Il y a 25 ans, crises douloureuses abdominales. Coliques hépatiques, sans ictère, et pendant environ deux semaines, il y a six mois. Au début de décembre 1907, troisième crise de coliques, ictère qui se fonda de plus en plus. Quelques jours plus tard, la température s'élève (39° le soir) et l'état général décline rapidement. Etat cachectique. Maximum de la douleur au point pancréatique.

Intervention le 4 janvier. — Vésicule ratatinée sur des calculs. Extraction des calculs et extirpation des deux tiers de la vésicule. Voie biliaire principale dilatée, parois épaissies et scléreuses. Cholédocotomie : aussitôt, la bile se met à couler. Le cathétérisme confirme qu'il n'y a pas de calcul. La sonde pénètre jusque dans le duodénum. Dans la tête du pancréas, noyau induré, du volume d'un marron d'Inde. Drainage de l'hépatique.

Suites opératoires. — L'ictère diminue très rapidement. Le 19 janvier, suppression du drainage ; le 24, les matières étaient colorées. Pendant deux semaines encore, fistule par laquelle s'écoule d'abord une quantité insignifiante de bile, puis seulement un peu de pus. Actuellement, guérison complète (19 février 1908).

OBS 86, GOBIET. — H. 24 ans. Coliques hépatiques depuis deux ans, intenses depuis trois mois, léger ictère. Confiné au lit depuis trois semaines. anorexie, amaigrissement, douleur sourde, permanente à l'épigastre. A l'entrée, moribond ;

ictère modéré, température à 38°. Douleur au point vésiculaire et une zone de résistance juste au-dessus de l'ombilic, sous laquelle se perçoit une tumeur que masque l'insufflation gastrique. Gros foie.

Intervention. — Nombreuses adhérences. Vésicule ratatinée, dure comme la pierre. *Cholécystectomie* très difficile : six calculs en chapelet dans un bloc scléreux. Cystique oblitéré. Cholédocotomie : pas de calculs. Tumeur très dure de la tête du pancréas, très adhérente, rendant malaisé le décollement ; après cette manœuvre, incision profonde de la capsule très épaisse qui entoure la tumeur, sans hémorragie notable : tissu scléreux criant sous le bistouri. Drainage de l'hépatique.

Suites opératoires. — Bonnes. Disparition rapide de l'ictère, Après 12 jours, ablation du drainage. Fistule biliaire qui se ferme complètement en huit jours. Quatre semaines après, la tumeur pancréatique n'est plus perceptible. Un an et demi après, l'opéré est en excellente santé et travaille. Reprise de poids de 12 kilos. Aucun signe abdominal ne persiste.

Les résultats de l'opération de Kehr sont donc très bons. La mortalité semble même plus faible que pour la cholécystostomie, fait, qui n'est paradoxal qu'en apparence, les cas désespérés étant réservés à l'opération bénigne. De cette statistique, on garde la notion que la cholédocotomie a une action curatrice nettement plus intense sur la pancréatite avec ictère.

Il faut cependant retenir le cas de Marton, où l'opération cholédocienne n'eut aucune influence curatrice sur la pancréatite chronique, qui continua à évoluer et entraîna des complications graves de cytotéatonecrose : la réintervention montra la tuméfaction pancréatique doublée de volume depuis la première opération. Ainsi, l'action du drainage cholédocien n'est

pas absolue et il existe des formes de pancréatite chronique avec ictère, rebelles même au traitement le plus puissant.

Le drainage du cholédoque peut avoir été imposé non plus par l'état de la vésicule, mais par la nécessité dans laquelle s'est trouvé le chirurgien de faire une cholédocotomie exploratrice.

b) Drainage du cholédoque après incision exploratrice

OBS. 25, ARNSPERGER (page 64.)

OBS. 87, FERRON, 1919. — F. 56 ans. Début des coliques il y a 18 ans ; douleur épigastrique, irradiée dans l'épaule droite et la colonne ; répétée trois fois à intervalles éloignés, suivie d'ictère. Guérison. En mai 1917, plusieurs crises nouvelles, d'abord sans jaunisse, puis très accentuées depuis janvier ; ictère qui devient extrême le 4 mai 1918. Frissons violents après les crises et souvent 39°. Les douleurs sont exclusivement épigastriques et vertébrales. Amaigrissement très marqué. Deux ou trois piqûres de morphine par 24 heures. Zone douloureuse dans l'hypocondre. La malade revient plus amaigrie, fin juin 1918 ; température oscillant entre 38°2 et 39°2.

Intervention le 5 juillet 1918. — Gros foie, petite vésicule épaissie, adhérente. Ganglions dans le petit épiploon. Cholédoque bleuâtre et dilaté, gros comme l'index, ainsi que l'hépatique. Pas de calcul. *Décollement du duodénum*. Tête pancréatique indurée, bosselée : trois noyaux étagés le long du cholédoque paraissent être des calculs ; *duodénotomie*, ouverture du cholédoque par la paroi duodénale postérieure : ce sont des noyaux de pancréatite. *Cholédocotomie sus-duodénale* ; cathétérisme, *drainage*.

Suites opératoires. — La température monte pendant deux

semaines à 38°5, 39°5 le soir. L'écoulement de la bile commence le neuvième jour, à l'ablation des mèches. Ablation du drain le seizième jour. Le malade a déjàuni et ne souffre plus. Le 31 juillet, le malade s'en va avec une petite fistule biliaire qui donne lieu à un petit écoulement, et un mois après, la fistule est fermée. J'ai eu récemment des nouvelles qui sont excellentes (15 octobre 1919).

OBS 88, MOURSOU, 1909. — Gendarme, 46 ans, entré le 5 juin 1909. Douleur hépatique très vive en mars 1908. Le 3 novembre, ictère, qui résiste au traitement. Amaigrissement de 10 kilos.

Intervention le 13 janvier 1909. — Vésicule très volumineuse : on enlève un gros calcul engagé dans le col et deux autres dans le cystique. Cholédocotomie, cathétérisme jusqu'au duodénum ; derrière le duodénum, quelques ganglions, pancréas gros, dur, avec des nodosités. On laisse des pinces à demeure sur la vésicule réséquée.

Suites opératoires. — Le 16 janvier, la coloration des téguments diminue, on enlève les pinces. Trois jours après, les selles se colorent légèrement, la bile s'écoule en grande abondance par les lèvres de la plaie, le malade quitte l'hôpital le 7 mars, complètement guéri, ayant augmenté de 10 kilos. Je revois ce malade au début de juin : état général excellent.

c) Drainage du cholédoque, fait de propos délibéré

OBS. 30, Docq, 1911 (page 72).

OBS. 89, ARNSPERGER, 1904. — F. 29 ans. Crises douloureuses, suivies d'ictère, aggravées depuis quatre mois, siégeant à l'épigastre (moitié droite), s'irradiant seulement dans la région lombaire. Malade maigre, mauvais état général. Subictère. Vésicule seulement perçue au cours des crises.

Zone douloureuse épigastrique. Diagnostic : calcul du cholédoque. L'ictère s'accroît à la suite d'une nouvelle crise.

Intervention, mars 1904. — Foie normal. Vésicule très dilatée, pas de calculs. Cholédoque dilaté, incision : pas de calculs. L'explorateur passe facilement dans l'hépatique et avant de pénétrer dans le duodénum rencontre une résistance élastique correspondant à la tête du pancréas, augmentée et chroniquement enflammée. Drainage du cholédoque.

Suites opératoires. — Excellentes. Cicatrisation au quinzième jour. Le 11 mai, ictère complètement disparu, pas de douleurs. Le 18 juin 1904, bon état général, encore léger amaigrissement.

OBS. 90, GOBIET, 1910. — F. 37 ans. Depuis 8 ans, coliques hépatiques tous les mois. Aggravation depuis trois mois : crises douloureuses épigastriques chaque jour. Vomissements, accès fébrile. Anorexie, rapide amaigrissement ; depuis trois semaines, ictère. Femme cachectique (poids : 40 kil. 200). Température 38°2. Pouls 100, irrégulier. Foie dépassant de deux travers de doigt les côtes. Résistance dans la région vésiculaire. Au-dessus et un peu à droite de l'ombilic, tumeur légèrement mobilisable, dure et sensible.

Intervention. — Adhérences ; la vésicule, grosse et dure, renferme de la bile trouble et 20 gros calculs. Cholécystectomie difficile. Aucun calcul dans le cholédoque. Tumeur nodulaire, grosse comme une pomme, d'une dureté de pierre, apparaissant au-dessus de la petite courbure. Hypertrophie et induration d'une partie du corps du pancréas, tapissée par un péritoine blanc, épaissi, d'aspect tendineux. *Décapsulation*, excision d'un fragment de la tumeur (tissu criant sous le bistouri). Hémorragie minime, tamponnement. *Drainage de l'hépatique*.

Suites opératoires. — Très mauvaises pendant deux jours. L'ictère disparaît le huitième jour ; le drain est enlevé le dixième. Dès lors, amélioration nette, reprise de l'appétit, fin des douleurs et des vomissements. La tumeur n'est plus perçue. Fistule fermée en quatre semaines. Très bon résultat maintenu quatre mois après : reprise de 14 kilos. Aucune

douleur. — *Examen histologique du fragment prélevé* : Pancréatite chronique interstitielle.

OBS 91, KEHR (Eichmeyer). — F. 57 ans, entrée le 11 août 1909, avec un ictère intense.

Intervention. — Vésicule vide, allongée. Cholédoque et hépatique libres. Foie très gros et massif, comme dans une cirrhose biliaire. Pancréas dur. Drainage en T. Appendicectomie (appendicite suppurée chronique).

Suites opératoires. — Complications pulmonaires. Guérison, l'ictère cédant rapidement.

OBS. 92, NORDMANN, 1924. — H. 30 ans. Depuis un an, nombreuses coliques et douleur persistante. Depuis huit semaines, ictère accentué. Légère douleur dans la région hépatique.

Intervention le 25 février 1914. — Vésicule grosse et adhérente. Cholécystectomie. Les voies biliaires sont libres. Pancréas très dur. Drainage du cholédoque.

Mort dans le collapsus le même jour.

Autopsie. — Pancréatite chronique indurée.

OBS. 93, NORDMANN, 1924. — H. 53 ans. Depuis quatre semaines, douleurs d'estomac intenses et répétées. Installation progressive de l'ictère. Bon état général, résistance douloureuse dans la région vésiculaire.

Intervention le 20 octobre 1922. — Vésicule fortement distendue. Cholécystectomie. Voie biliaires vides. Drainage de l'hépatique. Tête du pancréas très hypertrophiée et très dure.

Guérison parfaite, le 18 novembre 1922. Revu en juin 1923 en parfait état.

Examen histologique. — Lésions de cholécystite chronique.

Il semble que dans ces cas le chirurgien ait obéi à une doctrine, et voulu traiter la pancréatite, bien que l'état de la vésicule eut permis une autre opération,

par le drainage de la voie biliaire principale, intervention de choix.

Parmi ces six opérés, un est mort de collapsus le jour même, et il est juste d'attribuer cet échec à l'opération cholédocienne. Les autres malades ont été guéris. Sauf pour l'un d'eux, lithiasique, qui, en quatre semaines, reprit 14 kilos et fut revu en bonne santé 4 mois après, ces résultats ne semblent pas supérieurs à ceux de cholecystostomie et furent obtenus avec des risques plus grands.

Nous n'avons pas retrouvé de cas de persistance d'une fistule biliaire totale.

L'observation suivante montre cependant la possibilité de telles pancréatites chroniques rebelles à l'opération cholédocienne ; la vésicule, à vrai dire, avait été laissée en place, mais elle était saine. Elle permit d'ailleurs de traiter de façon simple la fistule :

OBS. 94, VAUTRIN, 1903. — F. 47 ans, amaigrie, épuisée, troubles digestifs, ictère foncé, diarrhée fréquente. Ces accidents duraient depuis de longs mois.

Première intervention, (juillet 1905). — Espace sous-hépatique rempli par des adhérences. Vésicule normale, ne présentant ni calcul ni épaissement pariétal. Cholédoque très dilaté (calcul). Décollement duodéno-pancréatique. Cholédocotomie. Un calcul est extrait. Cathétérisme du cholédoque inférieur impossible, le stylet butant à l'entrée dans le pancréas, dur, sclérosé, d'un volume réduit. Drainage rétro-pancréatique et « hépatikus-drainage ».

Suites opératoires. — L'ictère s'atténue rapidement, mais la fistule biliaire persiste, sans que la moindre quantité de bile passe dans l'intestin. Accidents de rétention biliaire par suite du rétrécissement intermittent de la fistule. Diarrhée persistante. Amaigrissement considérable.

Deuxième intervention le 7 février 1906. — Cholécystoduodénostomie. Simple drainage dans le trajet de la fistule biliaire ancienne.

Suites opératoires. — Dès le troisième jour, selles colorées, la fistule se tarit dans le courant de mars. Cependant, de temps en temps, brusquement, frissons, vomissements, ictère, douleurs dans l'hypocondre gauche. Entre ces crises d'infection ascendante, la digestion s'opère normalement.

La possibilité d'un *rétrécissement* du cholédoque au niveau de la zone glandulaire enflammée doit faire rejeter la dérivation cholédocienne externe au profit d'une intervention moins radicale, ne coupant pas les ponts derrière elle, permettant une opération itérative facile et sans dangers.

d) Opérations itératives

Des indications un peu spéciales sont fournies par les cas de syndrome pancréatite chronique avec ictère, survenant chez un malade, déjà opéré pour une affection biliaire.

1° Lorsqu'au cours de la première intervention un calcul du cholédoque a été découvert et enlevé, un nouveau drainage de la voie biliaire principale s'impose (Obs. 24).

2° Lorsqu'une cholécystectomie a été pratiquée, on peut hésiter seulement entre le drainage externe et l'anastomose de la voie principale.

OBS. 51, DUJARIER.

OBS. 95, KEHR, 1908. — F..., 54 ans.

Première intervention le 10 mars 1906 : Cholécystite suppurée. Cholécystectomie et drainage du cholédoque. Gros calcul dans la vésicule, deux calculs dans la voie biliaire.

Suites opératoires : Guérison. Un an après, nouvelles coliques et ictère. Le 14 janvier 1908, on note : subictère, réac-

tion de Cammidge négative. On pense à une récurrence calculeuse.

Deuxième intervention le 18 janvier 1908 : Très nombreuses adhérences. Cholédoque incisé : avec l'explorateur à boule on ne trouve aucun obstacle, la papille de Vater est libre. La tête du pancréas est dure; grenue, épaissie. Suture partielle du cholédoque et drainage.

Suites opératoires : Dans les premiers jours, écoulement abondant par le drain, qu'on enlèvera le 28 janvier. Le 1^{er} février, cicatrisation. En janvier 1909 : de temps en temps, quelques douleurs.

OBS. 96, LANGWORTHY, 1920. — F. 48 ans. Vue le 31 mars 1919. Opérée ailleurs en novembre 1918 : *Cholécystectomie* pour cholécystite aiguë calculeuse. Il y a deux semaines, frissons répétés et fièvre, quelques crises de douleurs épigastriques, d'abord légères, puis plus intenses; ictère. Bon état général; légère sensibilité de l'hypocondre droit.

Intervention le 3 avril 1919 : Nombreuses adhérences. Cholédoque doublé de volume. Pas de calculs. Pancréas symétriquement hypertrophié, doublé de volume et dur. Cholédodotomie. Drainage en T.

Suites opératoires : L'écoulement biliaire s'installe peu à peu, la jaunisse disparaît en deux semaines, mais les matières restaient décolorées. Rapide guérison après incidents assez graves. Le tube en T est maintenu trois mois. Le malade n'engraissait pas.

Le drain fut pincé pendant cinq semaines : pas de douleurs et matières colorées. Appétit excellent; le malade reprit six livres. Le tube en T fut enlevé au quatrième mois et une semaine après, la fistule se ferma rapidement.

En mai 1920, la malade rapporte qu'elle est en excellente santé, n'a ni indigestion, ni douleurs et pèse 155 livres.

3° Enfin, si on a fait au préalable une cholécystotomie pour lésion de la vésicule, le problème est un peu plus complexe ; mais on peut considérer l'appar-

rition de la pancréatite chronique comme un signe d'insuffisance de la cholecystostomie, et la seule intervention logique est, là encore, la cholédotomie, opération exploratrice et de drainage.

Deaver a laissé la vésicule qu'il a, en outre, abouchée à la peau. Judd, Lecène ont délibérément fait la cholécystectomie :

OBS. 97, DEAVER, 1911. — F..., 52 ans, admise pour douleurs intenses dans la partie droite de l'épigastre, entérite rebelle, qui persiste depuis quelques années et la fit maigrir de 46 livres. Elle avait eu des crises sévères de coliques hépatiques, pour lesquelles elle avait été opérée cinq ans auparavant : Calculs vésiculaires. *Cholécystostomie*.

La fistule persista cinq semaines. Peu après, réapparaissent des douleurs, avec vomissements, jaunisse, frissons et fièvre. Morphine à doses répétées et élevées. Ces crises se répètent sans périodicité nette, augmentant progressivement de fréquence. Selles faiblement colorées, coloration ictérique pendant les crises. A l'entrée, femme émaciée, légère teinte ictérique. Epigastre extrêmement contracté.

Sous anesthésie, il est facile de sentir une masse au milieu de l'épigastre, arrondie, mobile, ressemblant à un cancer pylorique.

Deuxième intervention : Cette masse est la tête du pancréas, extrêmement indurée et nodulaire. Le cholédoque, considérablement dilaté, est ouvert. Aucun calcul pas plus que dans l'hépatique. Ouverture de la vésicule, bile épaisse, cholecystostomie et drainage du cholédoque.

Suites opératoires : Ecoulement biliaire progressivement très abondant. Guérison. L'ictère disparut, ainsi que les douleurs. Reprise de poids au bout d'un mois, avec une petite fistule biliaire presque close. Les dernières nouvelles confirment l'excellente guérison.

OBS. 98, JUDD, 1918. — Femme, 62 ans. Antécédents lithiasiques (sans jaunisse) depuis six ans.

Première intervention le 23 janvier 1917 : Cholécystostomie. La vésicule fut trouvée perforée, contenant des calculs. Infection de la loge sous-phrénique antérieure droite. Quelques mois après, trois crises de coliques avec jaunisse, frissons et fièvre.

Deuxième intervention le 23 mai 1917 : Cholécystectomie et cholédochotomie. Le cholédoque a ses parois très épaissies et est dilaté, mais ne contient pas de calculs. Cholécystite, quelques débris calculeux dans la vésicule; pancréatite subaiguë.

OBS. 99, LECÈNE (Hartmann), 1923. — Femme, 33 ans. Depuis dix ans, à grands intervalles, crises douloureuses ressemblant à celle qui éclata le 3 août 1909, brusquement : violente douleur dans la partie supérieure droite du ventre, qui disparaît le lendemain. Diagnostic : appendicite. 39°, frissons, vomissements, défense musculaire dans la partie supérieure droite du ventre.

Première intervention le 27 août 1909 : Appendicectomie, l'état de l'appendice ne correspond pas aux symptômes constatés. Sentant une vésicule distendue : deuxième incision cholécystostomie, qui donne issue à de la bile et à du pus.

Suites opératoires : La fistule se ferme au bout de quelque temps. Deux crises douloureuses successives avec irradiations dans l'épaule droite à trois semaines d'intervalle; troisième crise le 21 novembre. Les crises s'accompagnent de vomissements et d'un léger subictère.

Deuxième intervention le 7 février 1910 : Vésicule volumineuse, avec nombreuses adhérences; elle contient du mucus clair et une trentaine de calculs; cystique très rétréci. Cholécystectomie sous-séreuse. Le cholédoque, gros comme l'index, ne contient pas de calculs, mais la tête du pancréas est indurée. Drainage de la voie commune.

Suites opératoires : le 16 février, le drain du cholédoque est enlevé. Guérison sans incidents.

B. — Les anastomoses de la voie biliaire principale

Ces opérations, rares, sont peu de mise ici. La connaissance des bons résultats du drainage, lorsque la vésicule n'est bonne qu'à être reséquée, permet de restreindre d'emblée l'intérêt des anastomoses hépatocolédociennes aux *fistules rebelles consécutives à la cholédocotomie*. Nous considérons même que cette éventualité est suffisamment sombre pour devoir réduire au strict minimum l'application de l'opération de Kehr au traitement des pancréatites chroniques avec ictère. L'hépatico- et la cholédoco-entérostomie ne doivent être pratiquées qu'après avoir tout épuisé, ou d'emblée lorsque aucune autre intervention ne semblerait possible.

Il n'en a pas toujours été de même : Quénu, en 1905, à la Société de Chirurgie, les appelait bien des opérations « de nécessité », mais il ajoutait, dans leurs indications, les oblitérations persistantes dues à une pancréatite chronique, traitées ou non préalablement par une fistule biliaire ». Il publia une observation où l'hépatocogastrostomie avait été faite pour deux rétrécissements étagés du conduit biliaire principal au niveau de la traversée et au niveau du confluent (Obs. 15).

Hartmann disait nettement qu'il ne croyait pas que l'anastomose des voies biliaires principales fût « appelée à un grand avenir ». Il lui conserva deux seules indications : vésicule petite avec oblitération incurable.

ble du cholédoque (deux conditions, ajoutait-il, que l'on ne voit guère réunies), et l'impossibilité de séparer les voies biliaires des organes environnants. Il semble qu'après 20 ans, ces conclusions ont gardé toute leur vérité. La pancréatite s'accompagne parfois d'une petite vésicule, mais elle ne réalise que bien rarement une oblitération incurable du cholédoque.

Deux ans après cependant, Souligoux devait faire de la transplantation du cholédoque dans le duodénum, quand elle se présente comme facile, l'opération de choix dans tous les cas d'obstruction dus à la pancréatite chronique ou au cancer du pancréas. Il admet que le but à atteindre est « éloigner la bile du pancréas » ; aussi condamne-t-il les opérations vésiculaires : la bile « ne sort à l'extérieur que par reflux, après avoir été irritée par le pancréas qui n'a par suite aucune tendance à guérir ». Il compare ces interventions et aussi la cholédoccentérostomie latéro-latérale à des entéroanastomoses sans exclusion : cette exclusion d'un trajet pancréatique ne peut être obtenue à titre définitif que par la transplantation du cholédoque. « La cholécystostomie et la cholécystenterostomie ne doivent vivre que des contre-indications des autres interventions. »

Ce plaidoyer était fondé sur une conception pathogénique qui assimilait la pancréatite chronique avec ictère à une inflammation pariétale du cholédoque pancréatique. Nous croyons avoir montré que le cholédoque n'était, typiquement, que comprimé par le pancréas.

Souligoux réalisa une fois sa conception thérapeutique de la pancréatite chronique avec ictère. Il obtint un succès qui aurait, sans doute, pu être acquis à l'aide d'une intervention plus simple.

OBS. 100, SOULIGOUX, KLIPPEL et CHABROL. — Femme, entrée le 5 janvier 1907. Début le 13 novembre 1906, par des signes d'indigestion, douleurs intenses dans le ventre et les reins, ictère, diarrhée cinq jours, puis constipation. Au quinzième jour, douleurs surtout intenses à gauche. A l'entrée, ictère très accentué, amaigrissement de 15 kilos (poids: 47 kilos); vomissements quotidiens. Zone douloureuse épigastrique et à droite. Température restée au-dessous de 37°5. Le 20 janvier, poids : 45 kilos.

Intervention le 21 janvier 1907 : Vésicule non augmentée de volume, parois lisses; il n'y a pas trace d'inflammation, on ne sent aucun calcul. Cholédoque très augmenté (volume d'un doigt), pas de calcul. Au pancréas, on trouve au niveau de la tête une infiltration ligneuse.

Implantation du cholédoque dans le duodénum. Le cholédoque est sectionné au ras du duodénum entre deux pinces. Anastomose termino-latérale à la suture.

Suites opératoires bonnes. Selles colorées dès les premiers jours. Disparition rapide de l'ictère, complète le 19 mars. L'examen des fèces montre la persistance du déficit pancréatique. Fin avril, femme fraîche et grasse, ayant pris 9 kilos. En mai 1909, elle pesait 61 kil. 500, état général excellent.

Cas particulier de l'anastomose du cystique

La cholécystectomie peut être réalisée d'une façon incomplète, laissant seuls en place le col de la vésicule et le canal cystique. Fullerton, en 1922, a repris l'idée d'anastomoser ce moignon au duodénum;

il a pratiqué cette opération dans un cas de pancréatite chronique. Bien que portant sur la « voie accessoire », cette intervention nous semble devoir être étudiée avec les anastomoses hépatiques ou cholédocienne, elle réalise leur objectif, la suppression de la vésicule, elle présente à peu près les mêmes difficultés techniques.

Fullerton oppose cette intervention à la cholécystoduodénostomie et lui voit comme avantages, outre la suppression de la vésicule infectée, l'assurance contre la formation ou la récurrence de calculs et l'impossibilité du reflux du contenu gastrique ou duodénal dans la poche vésiculaire.

OBS. 101, FULLERTON, 1922. — Femme, 55 ans. Crises douloureuses avec irradiations dorsales, depuis dix ans, à intervalles de quelques mois. Amaigrissement (7 kilos en 5 ans). La dernière crise, quelques jours avant son entrée, le 4 avril 1922, s'accompagna d'ictère pour la première fois.

..*Intervention* le 10 avril 1922 : Vésicule distendue adhérente, paroi épaissie, calculeuse. Pancréas dur et ferme depuis la tête jusqu'à la queue, mais non fixé.

Une pancréatite chronique fut diagnostiquée. Vésicule ouverte, 76 calculs furent retirés. Voies principales libres. La plus grande partie de la vésicule fut enlevée et le moignon anastomosé à la face antérieure de la première partie du duodenum.

Suites opératoires : l'ictère disparaît en quelques jours. Départ le dix-huitième jour, guérie. *Radioscopie* avec bouillie bismuthée : aucune poche en connection avec le duodenum. Le 29 mai, elle regagne du poids.

Le 24 mars 1925, M. le Professeur Fullerton veut bien nous donner des nouvelles de sa malade dont la guérison ne s'est pas démentie.

C. — Le drainage transvatérien du cholédoque

Nous voulons seulement rappeler que Grégoire, en 1924, publia, à la suite de la communication de Duval à la Société de Chirurgie, une observation d'obstruction du cholédoque par lésion pancréatique, qu'il traita par une dilatation du conduit et la mise en place d'un tube de verre sortant par l'ampoule de Vater.

Il a bien voulu nous préciser l'état actuel de son opéré : la persistance de guérison signe l'origine inflammatoire de la maladie pancréatique.

OBS. 102, GRÉGOIRE, 1924 (cn partie inédite). — H., 55 ans, ictérique: depuis 6 mois, crises de plus en plus fréquentes de coliques hépatiques, revenant depuis deux mois, tous les deux jours. Etat général satisfaisant, bien qu'amaigrissement assez prononcé. Mangeait très peu par crainte de souffrir. Diagnostic : calcul cholédocien.

Intervention le 20 juin 1924. Cholédoque extrêmement distendu, ainsi que la vésicule ; pas de calcul. Après décollement de la tête du pancréas, on trouve un noyau intra-pancréatique du volume d'une olive, dur et fixe. « Je pensais qu'il existait un calcul enclavé dans la traversée pancréatique. Je fendis le cholédoque et mon doigt, comme l'explorateur, reconnurent qu'il s'agissait d'un noyau pancréatique, néoplasique, ou peut-être inflammatoire comprimant le conduit biliaire. Plutôt que d'ouvrir soit l'estomac, soit le duodénum pour y implanter la vésicule ou le cholédoque, me contentais de dilater le conduit au moyen de bougies urétrales. J'arrivais à passer un numéro 16. Alors j'intro-

duisis un tube de verre de même calibre. Il sortait de l'intestin par l'ampoule de Valès. Ainsi le néoplasme pancréatique pourrait continuer sans risque de compression des voies biliaires. Je fermais ensuite le cholédoque et plaçais deux mèches de drainage. »

Suites opératoires. — le 2 juillet, l'ictère a disparu, mais une certaine quantité de bile a teinté les mèches.

Le 28 avril 1925, M. le Dr Grégoire veut bien nous donner des nouvelles de ce malade, qu'il a justement revu il y a quelques jours : « Cet homme a le teint rose, il a engraisé de 10 kilos seulement, mais il ne souffre en aucune façon. J'ai voulu ou plutôt essayé de me rendre compte du sort de mon tube de verre et je l'ai examiné sous écran. Je n'ai rien vu qui put ressembler à un tube dans le cholédoque. A vrai dire, je ne m'étais pas assuré en le mettant que ce tube était visible aux rayons X. C'était un de ces tubes dans lesquels les stérilisateurs montent leurs crins de Florence. En somme, je pense que je ne m'étais pas trouvé en présence d'un néo du pancréas comme je l'avais cru tout d'abord, mais d'une pancréatite chronique, puisqu'aujourd'hui le malade se porte tout à bien. »

Nous ne pouvons essayer de fixer, sur un seul fait, la valeur de cette intervention nouvelle, dans le traitement de la pancréatite chronique avec ictère.

Raisonnant d'une façon purement théorique, nous voyons dans ce calibrage du cholédoque pancréatique

1° Une application de la notion d'intégrité pariétale du cholédoque que l'on peut facilement dilater, en repoussant la glande sous pression, qui le comprime;

2° La possibilité de terminer sans drainage externe ni anastomose une cholédocotomie exploratrice ;

3° La possibilité de suivre l'évolution de la mala-

die pancréatique, comme a voulu le faire M. Grégoire cherchant aux rayons le tube; la chute du tube, sans récédive de l'ictère, indiquant la guérison ;

4° En face de ces avantages, on peut théoriquement opposer un inconvénient qui, bien que propre à la méthode elle-même et non à son application au dans cette discussion une valeur plus grande ; l'obstruction du canal de Wirsung par le tube de verre et la possibilité de rétention pancréatique.

Cette intéressante méthode pourra trouver des indications particulièrement nettes dans le traitement du syndrome que nous étudions et devra être discutée parallèlement aux autres interventions cholédo-ciennes lorsqu'il semblera nécessaire d'agir sur la voie biliaire principale.

CHAPITRE IV

Les anastomoses de la vésicule biliaire Etude fonctionnelle de la cholécystogastrostomie

Une guérison parfaite, prolongée, inattendue, à la suite d'une anastomose de la vésicule fut, souvent, le seul signe certain de la nature inflammatoire d'une tumeur du pancréas.

Quelle doit être la place des anastomoses dans le traitement de ce syndrome? Faut-il les réserver ainsi aux cas où semble impossible un diagnostic opératoire, ou bien est-on en droit, lorsque l'hypothèse de pancréatite chronique paraît légitime, de recourir d'emblée à l'anastomose biliaire, selon la formule de Tietze et de Kelly, comme à l'opération de choix. Peut-on dire, avec Lejars : « l'indication la meilleure pour ainsi dire de l'anastomose bilio-intestinale, c'est la pancréatite chronique interstitielle ».

Jaboulay, qui fit tant pour la défense et l'illustration de la cholécystogastrostomie, réservait cette opération aux *occlusions complètes et directement irré-*

médiabiles du cholédoque. Ce que nous avons dit de l'état du cholédoque pancréatique, comme de l'évolution de la tumeur inflammatoire après drainage biliaire, indique de suite la *position du problème*. Il s'agit de savoir si l'anastomose non seulement réalise une *dérivation de la bile*, mais assure encore un *drainage suffisant pour résoudre l'inflammation du pancréas et bien souvent aussi de la vésicule*.

Parmi les différents types d'anastomose de la vésicule biliaire, la *cholécystogastrostomie* a aujourd'hui conquis la première place : c'est d'elle seule que nous nous occuperons.

Bannie tout d'abord au nom des principes physiologiques, elle fut, par une sorte de paradoxe, bientôt réhabilitée par les physiologistes eux-mêmes, qui renversèrent le dogme classique de l'arrêt de la digestion gastrique par l'arrivée de la bile dans l'estomac. Jaboulay fut le premier chirurgien qui, s'inspirant de ces données toutes récentes, pratiqua systématiquement la digestion gastrique par l'arrivée de la bile dans l'estomac. Dans ses publications, dans celles de Duchamp, dans les travaux de notre Maître le Professeur Patet et dans la thèse de Perrin, se dégagent la facilité de l'opération, l'excellence des résultats immédiats, la possibilité de prolongations notables, et on y trouve amorcée, voici bientôt 25 ans, l'étude de l'oblitération des bouches de cholécystogastrostomie.

A lire ce qui fut écrit si longtemps sur cette opération, il semble bien que c'est à Jaboulay et à l'école lyonnaise qu'elle doit de ne pas avoir été définitivement abandonnée.

Aujourd'hui, certes, il est bien admis partout que la cholécystogastrostomie constitue le type des anastomoses vésiculaires. Les Américains en ont repris l'étude, et reconnaissent de façon formelle que cette opération est la plus rationnelle des anastomoses biliaire, toujours possible, toujours réalisable avec un minimum de dangers (Congrès de Chirurgie américain, 1921). A Lyon, elle avait toujours conservé droit de cité, comme en témoignent les importantes statistiques publiées (Delore et Wertheimer), et les discussions de la Société de Chirurgie qui revint à plusieurs reprises, au cours de ces dernières années, sur les résultats de cette opération. L'accord unanime semble s'être fait au Congrès de Chirurgie de 1923 (Villard, Mathieu).

Jaboulay, qui avait deviné, il y a 25 ans, la place de choix que prendrait cette merveilleuse opération, a joué dans l'évolution des idées chirurgicales un rôle absolument capital.

*
* *

Nous avons pu examiner 9 malades opérés de cholécystogastrostomie et restés guéris.

Nous avons cherché comment se comportait l'anastomose et tout particulièrement si elle réalisait un drainage biliaire, et avons été amenés à reprendre, avec ces documents, l'étude de la physiologie des bouches de cholécystogastrostomie.

A. — Essai de physiologie des bouches de cholécystogastrostomie

Les *données cliniques* affirment déjà les résultats physiologiques parfaits de cette opération : les opérés, sauf dans quelques rares exceptions, ne présentent aucun trouble digestif qui puisse être rapporté à l'arrivée de la bile dans l'estomac.

Cette notion est confirmée par des faits expérimentaux précis; nous joindrons à leur analyse succincte celle de documents recueillis chez l'homme : documents anatomiques, données radiologiques et recherches chimiques.

Depuis les recherches classiques que l'on trouve, par exemple dans la thèse de Perrin, les *travaux expérimentaux* de Radziewsky, Smith, Mocquot, Wiedeman, Grey, Gatewood et Poppens, Lehman, ont apporté ou confirmé les notions suivantes :

I. — Absence de troubles de la digestion gastrique après cholécystogastrostomie.

II. — Pas de modifications histologiques de la muqueuse gastrique, réaction notable au contraire de la muqueuse vésiculaire.

III. — Grande fréquence de l'infection ascendante limitée généralement à la cavité vésiculaire. Rareté des complications hépatiques dans la cholécystogastrostomie.

a) Documents anatomiques

1° AUTOPSIE DE SUJETS PORTEURS D'UNE CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE.

1) PATEL, 1901. — *Autopsie d'un cas opéré il y a quatre mois. — Mort avec les signes d'une sténose duodénale.*

« L'anastomose de la vésicule avec l'estomac était en parfait état, les deux organes étant unis par des replis péritonéaux solides; on ne peut les séparer même avec des tractions relativement fortes. La vésicule allongée mesurait 20 centimètres depuis le hile du foie jusqu'à l'estomac, elle paraissait effilée, son orifice admettait une sonde du calibre d'un gros porte-plume, l'anastomose fonctionnait très bien, la bile ne cessait de s'écouler dans l'estomac. »

2) Nous pouvons joindre à ce cas l'observation anatomopathologique suivante qui correspond à un malade opéré il y a deux mois par M. le Professeur PATEL, et dont il a bien voulu nous confier l'examen des pièces d'autopsie (cancer).

On détache en bloc foie, estomac, duodénum et pancréas, après ligature des extrémités jéjunales et œsophagienne, sectionnées. On évacue l'estomac qui renferme de la bile pure en notable quantité, puis on le remplit de gélobaryne. On place alors la pièce dans l'attitude normale, le sujet étant supposé couché et on la radiographie.

La radiographie montre nettement l'injection par les simples lois de la pesanteur de la vésicule, du cholédoque, de l'hépatique et de ses branches de bifurcation et sur deux centimètres des rameaux dichotomiques du degré suivant. Il semble que l'injection s'arrête à peu près au niveau du hile hépatique. Il faut noter en outre que l'opacité du système biliaire est moindre que celle de l'estomac, témoignant de la dilution de la bouillie barytée dans la bile (fig. 3).

Dissection de la pièce. — L'antrum pylorique est relié au bord tranchant du foie par un voile d'adhérences. Celles-ci étant détachées facilement on découvre l'anastomose qui est

en parfait état. La vésicule déborde encore nettement les fausses côtes mais elle est sortie de l'incisure cystique. Elle correspond en réalité au lobe carré dont elle franchit obliquement la partie antérieure, et avec laquelle elle a contracté des adhérences. Le cystique décrit une courbe qui, partant en dehors de l'hépatique, l'amène en haut et en avant le faisant ainsi croiser le pédicule principal. L'hépatique a gardé le volume d'un pouce. La courbe de cystique est très régulière. Ce canal présente les dimensions d'un gros crayon.



Figure 1

Pièce d'autopsie d'un malade opéré d'une choléoptogistostomie

La vésicule a été libérée du foie. On remarque la courbe du cystique et la large surface d'adhérence du fond de la vésicule avec l'estomac, perforée d'un tout petit orifice.

L'anastomose se présente extérieurement sous la forme d'un sillon linéaire à demi caché par des fines adhérences qui maintiennent au contact de l'antré pylorique, toute la surface du fond de la vésicule.

On note la déformation gastrique résultant de l'attraction en haut de l'antré et manifeste au niveau de la petite courbure qui se ferme en demi-cercle.

L'estomac est alors fendu sur sa face antérieure et le long de la grande courbure au niveau de l'antré: la bouche anas-

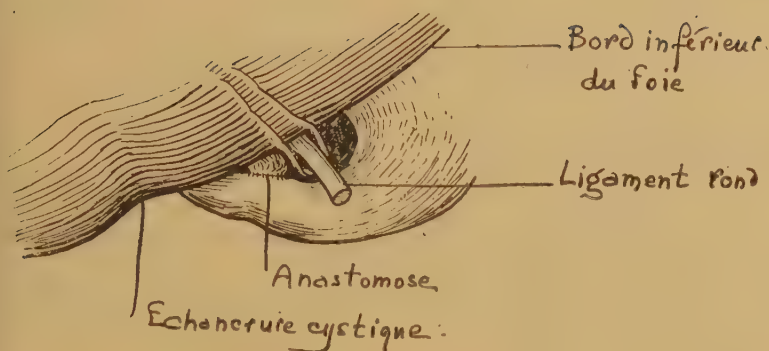


Figure 2

Rapport de l'anastomose cholecystogastrique avec le ligament rond ;
la vésicule a quitté sa loge



Figure 3

Calque de la radiographie de la pièce d'autopsie

La Baryte remplit l'estomac E, le bulbe duodenal B sauf sa partie gauche. On distingue nettement la vésicule abouchée V, le canal hépatique H et ses branches principales le choledoque, injectés par un liquide moins opaque, et se des-simant sur l'ombre hépatique. Les rapports normaux n'ont pu être conservés, et au cours de cette épreuve, l'anastomose a été refoulée sensiblement à droite.

fomotique se montre sous la forme d'un petit orifice pouvant laisser passer à frottement doux une plume d'oie. Sectionné, cet orifice paraît circulairement *valvulé*, les deux organes étant au contact sur un centimètre environ, tout autour.

On prélève la région anastomotique, la paroi vésiculaire, le cystique, l'hépatique, le cholédoque, et un fragment de tissu hépatique.

Toute *étude histologique* un peu précise est interdite du fait des lésions cadavériques, Dans le foie, lésions anciennes de cirrhose à prédominance périportale. Pas de signes d'inflammation récente. Les coupes étagées sur l'arbre biliaire ne permettent aucune identification et ne montrent *aucun élément inflammatoire*.

La coupe passant par la zone de transition montre d'une part l'estomac normal, d'autre part une vésicule dont la muqueuse est complètement desquamée, mais dont les parois sont entièrement normales. Entre les deux, un segment, large d'un centimètre, dépourvu de revêtement muqueux, est constitué par un éperon de tissu conjonctif, avec du tissu adipeux, des capillaires nombreux, mais sans aucun signe d'inflammation. Les deux couches musculaires se redressent et semblent faire, chacune, saillie dans la lumière. La surface de toute cette zone est revêtue d'une couche granuleuse dans laquelle on ne trouve aucun élément épithélial.

3) Nous pouvons joindre à ces faits malheureusement trop rares, les deux cas suivants dont l'intérêt est indirect.

Bazy présenta en 1919, une pièce d'hépatocoduodénostomie, il nota que l'orifice anastomotique était parfaitement perméable qu'il admettait une allumette et pouvait admettre une plume d'oie. « Ce fait, ajoutait-il, prouve que les anastomoses des canaux de l'organisme peuvent donner un résultat parfait et il en est des anastomoses des canaux biliaires comme des canaux urinaires. »

Routier (1916), quatre ans après une cholécystoduodénostomie trouve à l'autopsie d'une malade morte avec des signes d'angiocholite un foie transformé en éponge purulente, dont le cinquième seulement paraissait net.

2° DOCUMENTS OPÉRATOIRES.

Les interventions itératives sont rares après une cholécystostomie, il s'agit généralement d'une oblitération de l'orifice anatomique.

1° *Picqué* avait laissé une fistule biliaire cutanée et attribuée à ce facteur le mécanisme de l'oblitération.

2° *Montagnon et Duchamp* (1900). — Réintervention après 12 mois et demi (cancer pancréatique). L'incision découvrit un estomac dilaté, une vésicule distendue, et reliant ces deux réservoirs, un cordon plein, de 3 millimètres de longueur, et de même épaisseur. Pas de noyaux cancéreux, la bouche cystico-gastrique s'était rétrécie, oblitérée. « Nous la rétablissons aussitôt en avant du cordon plein qui forma l'angle postérieur de la nouvelle anastomose. »

A ces deux cas que cita Perrin et qui représentaient deux oblitérations sur 14 observations de cholécystogastrostomie, nous pouvons seulement ajouter :

3° *Deaver* (1912). « J'ai opéré de nouveau des malades porteurs de cholécystogastrostomie et j'ai trouvé l'ouverture fermée. »

4° *M. le Prof. Patel* (1922). « La présence de la bile dans l'estomac ne nuit pas à la digestion gastrique et le contenu relativement peu septique de la cavité gastrique risque moins de provoquer une infection biliaire. Cependant, il est des cas où ces accidents se produisent. J'en ai eu récemment la preuve chez une malade à laquelle M. Villard avait pratiqué au mois de janvier 1921 une cholécystogastrostomie pour une lésion pancréatique, que je ne crois pas être un cancer; cette malade a fait au mois d'août 1921, des accidents graves de

sténose pylorique, pour lesquels je dus en l'absence de M. Villard, pratiquer une gastro-entérostomie. La malade succomba à la fin de septembre 1921 à des poussées d'infection hépatique, vraisemblablement déterminées par le contenu stomacal, devenu septique du fait de la sténose pylorique. »

5° *Costantini* (1923). Cholécystogastrostomie faite pour fistule biliaire persistante : 4 mois, puis 7 mois après, crises douloureuses, fièvre, ictère marqué; localement masse arrondie dure, douloureuse, qui est certainement la vésicule biliaire. « Cette crise dure quinze jours, cède au traitement médical. Trois semaines après, réintervention. D'un bloc d'adhérences on dégage le fond de la vésicule, puis une partie du corps sans rencontrer de calcul. *Du fond, part un tractus qui se dirige vers l'estomac et qui est coudé. Nous pensons que c'est un canal* qui répond à l'anastomose, précisément faite entre la vésicule et l'estomac. On comprend que la bile ne puisse passer que difficilement par ce trajet que d'ailleurs nous respectons. Cholécystoduodénostomie. Du troisième au dixième jour, fistule biliaire. Guérison maintenue trois mois après. Le Docteur Costantini a bien voulu nous donner le 21 avril 1923 des nouvelles de son malade qui, « porteur d'une très grosse éyentration, présente de temps à autre des douleurs par crises que j'attribue à cette éyentration. Pas d'ictère. Je l'ai rencontré, il y environ un mois, il était en parfait état. »

b) Documents fournis par l'exploration radiologique et chimique des bouches de cholécystogastrostomie

1° FAITS RETROUVÉS DANS LA LITTÉRATURE

1. *Mariani* (1912). Cholécystogastrostomie pour fistule biliaire. Examen du chimisme gastrique 15 mois après; absence complète de pigments biliaires. Contenu acide. Digestion

gastrique complète. Un autre examen, pratiqué au bout de 11 mois, montre des traces de pigments biliaires.

2. *Jacobson*, 1914. Examen radiologique: la bouillie ne pénètre pas dans la vésicule.

3. *Enriquez et Gosset*, 1914. Fistule pathologique cholécystoduodénale : la radioscopie avec ingestion de bouillie bismuthée ne montre aucune ascension dans la vésicule.

4. *Cases*, 1917. « Dans deux cas de cholécystentérostomie, le baryum est retenu une fois au delà de 48 heures et une fois plus de quatre jours. Dans un cas, le baryum rendit visibles des calculs invisibles auparavant.

(Radiographies jointes à l'article.)

6. *Ch. White...* (1920) rapporte deux observations intéressantes. Dans la première, la radioscopie montre au septième mois la persistance du bouton de Murphy avec point douloureux localisé à son niveau, et l'analyse révèle un appoint modéré de bile jaune, acide chlorhydrique libre 26, acidité totale 36. Bonne digestion.

La deuxième répond à une pancréatite chronique et montre l'oblitération fonctionnelle de la bouche anastomotique :

Obs. 101, *Ch. S. White*, 1920 (2). — H., 40 ans, début de l'affection en août 1918 : douleurs épigastriques, par moments, intenses, mais ne revenant pas fréquemment. Perd du poids. A l'automne de 1918 et autour du 1^{er} janvier 1919, les douleurs épigastriques réapparaissent avec des périodes plus courtes de rémission entre les attaques. Pendant la première partie de ce mois, il consulte un médecin et lui raconte une syphilis datant d'environ 10 ans. Réaction de Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Du 18 janvier au 25 février, il reçoit 8 doses de salvarsan intraveineux. Pendant cette période les crises de douleurs irradiant dans le dos se répètent soudaines et violentes. Autour du 1^{er} mars, l'ictère s'installe graduellement.

Intervention le 28 mars 1919. La seule importante découverte pathologique fut une induration de la tête du pancréas. La vésicule n'est pas visiblement malade et le foie n'était pas augmenté. Anastomose à la suture entre l'estomac et la vésicule.

Suites opératoires. — Le malade supporte bien l'opération et l'amélioration se fit voir dès le jour suivant. Les selles contiennent de la bile, et en quelques jours l'ictère commença à diminuer. La convalescence fut rapide et satisfaisante à tous points de vue.

Examen du contenu gastrique (Verbrycke), le 18 février 1920, liquide jaune verdâtre, contenant une certaine quantité de mucus, des traces de bile, de sang; acide chlorhydrique libre 22, acide total 33. Le plus grand taux d'acide chlorhydrique fut 75, une heure et quart après le repas d'épreuve, et alors l'acidité totale était de 94. Cette remarque fut faite : la bile à ce moment passe évidemment par le cholédoque et non par le nouvel orifice. A cette date, le Wassermann est négatif et le patient a gagné 35 livres.

6. *Babcok*, 1920. On n'a pas constaté dans plusieurs cas examinés radiologiquement de reflux dans la vésicule.

7. *Ralph*. Cholécystogastrostomie pour cancer. La radiographie montre nettement le passage d'une partie de la bouillie à travers la bouche anastomotique, dans la vésicule et son accumulation dans ce dernier viscère. « En fait, l'aspect se rapprochait sensiblement de l'image d'estomac biloculaire à deux poches inégales ». M. le Docteur G. Ralph a été assez aimable pour nous envoyer deux belles radiographies prises l'une immédiatement, l'autre quatre heures après l'ingestion de bouillie. Sur la dernière, on voit nettement une tache opaque rattachée par une mince traînée au bas-fond gastrique et se projetant exactement à sa droite.

8. *Villard et Richer*, 1925. Notre ami le Dr Richer a bien voulu nous communiquer les calques radiographiques correspondant à deux malades opérés de cholécystogastrostomie. Il a noté dans les examens de face qu'il n'était pas possible

de dire si la bouillie bismuthée pénétrait dans la vésicule, mais qu'il semblait que la région prépylorique se déformait en feuille de trèfle à trois folioles.

2° CAS INÉDITS.

Nous avons, avec le concours de nos amis, les Docteurs Barbier et Beaupère, examiné 9 malades opérés de cholécystogastrostomie, et que nos Maîtres ont bien voulu nous confier.

Nous avons cherché à contrôler les renseignements fournis par deux méthodes : examen radiologique et analyse du contenu gastroduodénal à l'aide du tube d'Einhorn.

Les points de *technique radiologique* qui nous semblent devoir être précisés sont les suivants :

1° Nécessité de pratiquer l'examen en position debout puis couchée ; la vésicule en haut et en arrière lorsque le sujet est debout, prend une direction presque verticalement descendante sur un sujet couché : d'où possibilité de réplétion de la vésicule anastomosée par son fond à l'estomac. Nous avons, en un cas (Obs. 106), constaté l'absence de toute image caractéristique lors du premier examen en station debout ; puis, ayant noté un détail nouveau en position couchée, nous avons de nouveau examiné debout notre malade, et avons constaté la persistance de cette image ;

2° Il semble que les renseignements fournis par l'examen radioscopique soient très inférieurs aux précisions que l'on tire de la lecture des radiographies. Il est cependant nécessaire d'examiner à l'écran

le fonctionnement gastrique, de noter les formes successives et la situation du bulbe duodénal pour pouvoir interpréter les clichés.

3° Possibilité de faire une radiographie de contrôle le lendemain.

4° Importance de la réduction du temps de pose et de l'emploi de l'appareil antidiffuseur.

Le *tubage gastroduodénal* nous semble réaliser les conditions les meilleures pour l'étude du milieu gastrique et l'exploration fonctionnelle des bouches de cholécystogastrostomie. C'est un procédé commode, qui permet une étude précoce du résultat opératoire, une étude qui peut être prolongée, pendant plusieurs heures, sans aucune gêne pour le malade, et qui, permettant l'alimentation, donne les moyens pratiques d'étudier de façon continue les variations des milieux. L'usage de la sonde d'Einhorn offre enfin, à comparer avec le contenu gastrique, le milieu duodénal et permet ainsi de juger, en même temps, de la valeur fonctionnelle de la glande pancréatique. Nous avons généralement pratiqué les épreuves suivantes :

1° *Prélèvement immédiat* : le liquide recueilli représente le contenu normal à jeun de l'estomac anastomosé.

2° *Provocation de la sécrétion gastrique*, obtenue soit par la seule présence de l'olive, soit par l'absorption d'aliments dont la digestion peut être suivie pas à pas, soit par l'injection par la sonde d'Einhorn d'une solution de bicarbonate de soude : après une courte phase alcaline, on note une importante réaction acide. Si, au contraire, l'olive est déjà dans le

duodénum, et c'est une bonne épreuve de différenciation topographique, l'injection alcalinise le milieu et provoque une chasse biliaire (1).

3° *Contrôle du passage au pylore.* — Outre l'épreuve que nous venons d'indiquer, il faut ajouter l'ingestion de lait ou d'un liquide coloré quelconque, qui peut être pompé immédiatement, si l'olive est encore dans l'estomac, et enfin la recherche de la trypsine dans le liquide présumé duodénal. Le signe classique de l'apparition de la bile en grande quantité, lorsque l'olive franchit le sphincter, perd naturellement toute valeur dans les cas que nous avons étudiés.

4° *Provocation d'une chasse biliaire duodénale.* — Normalement, l'injection d'une solution de sulfate de magnésium provoque un afflux de bile. Cette épreuve, dans les cholécystogastrostomies, donne des résultats très intéressants.

Le liquide de chaque prélèvement est analysé tant au point de vue acidité qu'à celui de la présence de bile. Les prélèvements duodénaux sont l'objet de recherches de trypsine.

Nous avons pu examiner 9 malades porteurs d'une cholécystogastrostomie, dont 5 étaient atteints d'une façon certaine de pancréatite chronique avec ictère ; 9 ont été radiographiés, mais chez 7 seulement l'examen radiologique a pu être fait complètement.

(1) J. Barbier et P. Mallet-Guy : L'exploration gastroduodénale par la méthode d'Einhorn, *Soc. de Méd. et Soc. Méd. Lyon*, Juin 1925.

OBS. 104, M. le Docteur SANTY, 1923 (complétée mars-juin 1925). — F., 40 ans, envoyée d'urgence à l'infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu pour un syndrome ictérique fébrile.

Mariée, a eu un enfant mort en bas âge. Pas de fausse couche. Bien réglée.

La malade raconte n'avoir jamais bien digéré. Fréquentes indigestions et maux de tête après chaque repas. De tout temps, dégoût pour la viande et les graisses. A 21 ans, elle fut soignée pour une colique hépatique nette : douleur dans l'hypocondre droit irradiée à l'épaule et la région interscapulaire, mais aussi à gauche, en ceinture. Cette douleur qui avait débuté dans la région dorso-lombaire dura trois jours. Elle était temporairement soulagée par des vomissements qui se répétèrent. Subictère avec sclérotiques nettement jaunes et selles décolorées.

A la suite de cet épisode aigu, la malade note l'existence de troubles gastriques assez marqués : douleurs continuelles à droite, exagérées par le repas, soit de suite, soit quelques heures après. Au bout d'un mois, cet état s'améliore et insensiblement la guérison s'installe.

Les indigestions antérieures persistent cependant.

Constipation habituelle.

Puis, les anciens troubles même disparaissent et la guérison fut parfaite.

Mais en 1913, récurrence de ces malaises et nouvelle colique hépatique très forte ayant nécessité une piqûre de morphine. Après deux ans de calme, troisième colique en 1915, et depuis, se répètent à des intervalles de 3 à 4 mois, les crises douloureuses qui chacune s'accompagnent de subictère.

A partir de novembre 1922, les troubles augmentent d'intensité, et la malade présente des troubles digestifs progressivement croissants : sitôt l'ingestion alimentaire, sensation de pesanteur gastrique avec nausées et vertiges durant une à deux heures et précédant souvent une véritable colique. Au début de janvier, congestion pulmonaire, guérie en cinq jours.

Le 5 février, crise douloureuse d'une violence exceptionnelle, que ne calme nullement la piqûre de morphine, douleur surtout marquée dans le flanc gauche. Frissons répétés. La

température monte à 39° et même à 41°. Subictère qui se fonce progressivement.

Le 9 février, la malade est envoyée d'urgence à l'infirmierie de porte. A l'entrée, les phénomènes ne paraissent pas commander l'intervention immédiate et ce n'est que trois jours plus tard, alors que la température n'est que de 38°5, mais avec un ictère qui s'est encore foncé que j'interviens dans le service de mon maître, M. le Professeur Bérard. A ce moment, la palpation toujours très douloureuse, ne montre qu'une vésicule perceptible, mais peu volumineuse.

Intervention le 12 février 1923. Laparotomie oblique conduit sur une vésicule manifestement malade, à parois très épaissies, bourrée de calculs, mais avec un bassinet libre. En outre, l'exploration du cholédoque est négative.

Par contre, on découvre un pancréas anormal, dont la tête est triplée de volume, sans cependant que cette hypertrophie puisse faire supposer un seul instant un cancer. Il s'agit, en effet, d'une augmentation de volume régulière, donnant au doigt une sensation élastique ne rappelant pas l'induration ligneuse du néoplasme du pancréas ni même de certaines pancréatites.

Après taille de la vésicule, évacuation des calculs qu'elle contenait et constatation que la bile affluait librement par le cystique, craignant qu'un simple drainage biliaire par la vésicule ne se termine par une fistule et la paroi vésiculaire malgré l'hypertrophie de l'organe paraissant utilisable, je me décidai pour une anastomose de cholécystogastrostomie qui fut réalisée simplement au bouton de Villard.

Suites opératoires. — Les suites ont été très simples : la température s'est abaissée progressivement et l'ictère a disparu dans la première semaine.

Un examen radioscopique pratiqué le quinzième jour a cependant montré que le bouton était encore en place au niveau de l'antra pylorique.

La malade quitte le service le vingtième jour, ne présentant plus de troubles digestifs importants. Il persiste seulement de petits malaises gastriques qui, insensiblement, diminuent.

Au début d'avril 1923, ébauche de colique avec douleur

dorso-lombaire, pas de vomissements, ni de frissons, ni de jaunisse. Encore actuellement (début de mars 1925), chaque mois, généralement la veille des règles, survient un épisode douloureux épigastrique, passager et peu intense. Il faut noter que depuis l'opération les règles ont diminué, durent deux jours à peine et ne consistent qu'en un écoulement d'un petit peu de liquide rosé ou jaunâtre.

La malade qui pesait 54 kilos à sa sortie de l'hôpital, a notablement engraisé : elle pèse actuellement 70 kilos 500. Son état général est parfait, elle a seulement un petit appétit et n'a pas retrouvé complètement ses forces.

L'examen de l'abdomen reste négatif.

La guérison est maintenue le 1^{er} juin 1925.

Tubage gastro-duodénal pratiqué le 2 mars 1925, malade à jeûn depuis six heures.

Déglutition du tube d'Einhorn (=0 heure). *Premier prélèvement immédiat* : 2 centimètres cubes de liquide verdâtre, présentant une réaction acide faible et dans lequel ne peut être décelé la présence de bile. *Deuxième prélèvement à une heure* : 2 centimètres cubes de liquide très légèrement verdâtre, faiblement acide, ne contenant que des traces très légères de bile. *Les troisième et quatrième prélèvements* pratiqués à 2 h. 30 et à 3 heures sont identiques. La sonde semblant marquer un certain retard dans sa traversée pylorique, on donne à la malade un bol de potage. Un *cinquième prélèvement*, à 5 heures, est constitué encore par quelques centimètres cubes d'un liquide clair. A 6 h. 30 (*sixième prélèvement*), l'aspiration ramène 5 centimètres cubes d'un liquide jaune. L'épreuve du lait est négative : immédiatement après l'ingestion de lait, la seringue se remplit du même liquide jaune d'or et limpide. A 7 h. 20, le septième prélèvement est fait, il est identique.

Le liquide prélevé à 6 h. 30, et à 7 h. 20, est soumis à l'épreuve de la digestion trypsique, il a réalisé les conditions requises pour permettre d'affirmer son origine pancréatique.

En résumé,

1° Pas de certitude sur le fonctionnement de la fistule cholécystogastrique, il est banal de trouver dans l'estomac



Fig. 1

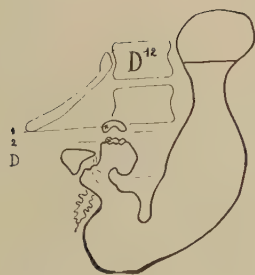


Fig. 2

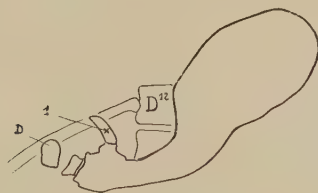


Fig. 3

Obs. 104. — La radiographie, prise debout (fig. 1 et 2), montre la vésicule, injectée par la bouillie barytée, distincte du bulbe duodénal D, surmontée de 2 bulles d'air 1 et 2. Sur la radiographie en position couchée (fig. 3), à gauche du bulbe D, une bulle d'air obliquement allongée 1.

un liquide aussi peu bilieux. Il semble nettement que la fistule n'ait pas laissé de bile pendant le séjour de l'olive.

2° Jeu normal du cholédoque : chasses biliaires duodénales provoquées.

3° Digestion trypsique normale.

Examen radiologique : trois examens furent pratiqués :

Le premier, le 27 février 1923, le bouton est encore en place au niveau de l'antra pylorique.

Le deuxième : le 25 janvier 1925, par M. le D^r Santy : La radioscopie montre un estomac vide à jeûn, se remplissant bien par la baryte. Estomac en J fermé, paresseux, la région pylorique est peu marquée. La vésicule n'est pas sensible. Evacuation lente sans péristaltisme.

Le troisième : le 9 mars 1925, par le D^r Beaupère :

1° *Radioscopie debout* : Estomac se remplissant bien et dont le bas-fond est abaissé. Contractions peu marquées. Au niveau de l'antra pylorique, on constate une sorte de bifurcation constituée à droite par l'amorce du duodénum et en haut par une saillie nette, rattachée à l'estomac, mais non persistante.

2° *Radioscopie couchée*. On voit la portion externe de l'antra pylorique qui, à certains moments s'isole à peu près complètement du reste de l'estomac sous forme d'une boule, surmontée d'une tache tantôt aplatie, tantôt allongée verticalement. Cette tache est rattachée à l'antra sous-jacent par un pédicule plus ou moins visible et plus ou moins long. La malade dit souffrir lorsqu'apparaît cette image diverticulaire.

3° *Radiographie* faite debout : elle montre une image diverticulaire des plus nettes; faite en position couchée, elle révèle seulement une bulle d'air allongée surmontant l'antra pylorique.

En résumé l'examen radiologique conclut d'une façon certaine au reflux de la baryte dans la vésicule.

OBS. 105, M. le Prof. VILLARD et M. le D^r SAVY. — Femme, 33 ans, entrée le 23 juin 1923.

Envoyée par le D^r Savy, salle Gensoul pour un ictère chronique avec le diagnostic suivant : « Coliques hépati-

ques frustes antérieures, grossesses multiples, ictère par rétention datant d'un mois avec grosse vésicule, sans fièvre et sans modification du poulx. »

Personnellement, bonne santé, réglée à 12 ans régulièrement, à 15 ans quelques douleurs et crampes gastriques. Mariée à 22 ans. Mari mort à 30 ans de la grippe (bonne santé habituelle).

6 grossesses, une fausse-couche, à 2 mois $1\frac{1}{2}$. 3 enfants vivants. A signaler encore une rougeole à 23 ans et une longue grippe à 28 ans.

L'hiver suivant (1919-20), pleurésie droite, qui nécessita deux ponctions, maintint la malade 5 mois au lit; amaigrissement, mais reprise rapide du poids, 20 kilos en quelques mois. La malade ne présentait plus aucun signe pulmonaire.

Mais, depuis le début de l'année, apparition de douleurs lombaires, sans troubles urinaires, coïncidant avec des pertes jaunâtres abondantes, amaigrissement de 6 kgs. Depuis un mois les douleurs se sont exaspérées, s'accompagnent d'arthralgies : puis apparaît le prurit le lendemain, précédant lui-même l'ictère de 2 à 3 jours.

L'hypocondre droit n'a, à aucun moment, été douloureux, pas de vomissements.

Le 23 mai, la malade entre à l'Hôpital de Belley où elle resta jusqu'au 18 juin.

L'ictère persiste, selles décolorées, urines acajou, les douleurs lombaires ont disparu. Pas de frissons, la température reste entre 38° et 38°4. A l'entrée dans le service, ictère généralisé, abdomen souple, grosse vésicule parfaitement perceptible; pas de rate perçue. Anorexie et constipation.

L'examen du poumon droit révèle un certain degré de submatité et d'obscurité respiratoire. Pouls à 70. Les urines bilieuses renferment une forte quantité de pigments biliaires; ni sucre, ni albumine.

Intervention le 7 juillet 1923. — Depuis 4 jours la malade reçoit 3 gr. de chlorure de calcium par jour. Le jour de l'opération : ergotine, 0,10 cc. Incision de Mayo. Le foie, très volumineux, est facilement luxé. La vésicule, modérément distendue, déborde légèrement la face inférieure. Elle se

vide assez facilement sous la pression et son aspect dénote qu'elle a pu avoir, à certains moments, une distension beaucoup plus considérable. Aucun calcul perçu. Pas d'adhérence. Le cholédoque, qui est distendu, ne présente pas non plus de péricholédocite. Pas de calculs. Il existe à son voisinage 2 à 3 ganglions volumineux, mobiles, qui ont laissé croire un instant à l'existence d'un calcul. La palpation du pancréas montre une masse du volume d'une petite noix, indurée, lobulée rappelant la consistance d'un adéno-fibrome du sein. Cette lésion est vraisemblablement la cause de l'ictère. On pratique une cholécysto-gastrostomie, rendue difficile par la disposition du péritoine vésiculaire qui plaque la vésicule dans le sillon hépatique. On libère le fond vésiculaire du lit hépatique et on attire la face inférieure du foie près de l'estomac.

Le plan séro-séreux antérieur est rendu de ce fait laborieux et peu satisfaisant; suintement hémorragique qu'on ne peut arrêter complètement et qui nécessite la mise en place de mèches dans le décollement vésiculaire en l'écartant autant que possible de la suture gastrique. Fermeture. Drainage.

Suites opératoires. — Après l'intervention pendant 6 jours, lavement avec 2 gr. de chlorure de calcium et V gouttes de laudanum. Intervention bien supportée, pas d'hémorragie. Disparition du prurit. Dès le 3^e jour, la malade prend du bouillon, le 5^e une purée, puis l'alimentation est reprise progressivement. Bonne digestion, aucun trouble digestif, ni vomissements, ni régurgitations amères.

Disparition rapide de l'ictère. Selles colorées, urines claires; 10 jours après l'intervention, mobilisation prudente de la mèche, qu'on répète avec grande prudence les jours suivants. 16 jours après l'opération : ablation complète des mèches. Le 2 août, la malade repasse dans le service du Docteur Savy.

Suites apyrétiqes. — Le 21 novembre 1923 : La malade revient se montrer, état parfait, complètement transformée, a engraisé de 2 kgs. Digère bien, sans lenteur apparente de l'évacuation gastrique. A la palpation, aucune induration anormale, pas d'éventration.

Le 5 mars 1925, la malade nous écrit qu'elle se porte parfaitement bien. « Depuis le 1^{er} octobre 1923, que j'ai repris mon service, je n'ai pas eu un seul jour de maladie; je mange bien, je digère bien et ne souffre pas du tout, je n'ai jamais eu de renvois de bile, une seule chose qui diffère du passé est que je ne peux rester à jeûn le matin : cela m'occasionne de violents tiraillements d'estomac : La jaunisse n'a jamais réapparu : J'ai repris plus de quatorze kilos. » La malade joint même à sa lettre une photo prise onze mois après l'opération et qui la montre en excellent état de santé.

Elle est vue le 12 mai 1925 et l'interrogatoire et l'examen confirment ces faits.

Examen radiologique le 12 mai 1925 (D^r Beaupère).

1° *Radioscopie debout*. Pas de liquide à jeun. Après remplissage normal par la bouillie, on constate un estomac oblique, attiré à droite. Les contractions ne sont pas très profondes, mais apparaissent dès l'arrivée de la baryte. On croit voir la vésicule injectée au-dessus de l'antrum pylorique, mais on se rend compte qu'il ne s'agit que du bulbe duodénal, car on peut suivre la progression de la bouillie. On note d'ailleurs que la deuxième portion du duodénum passe en arrière de l'estomac, en décrivant ainsi une véritable boucle avec l'antrum prépylorique.

2° *Radioscopie couchée*. On note la même forme de l'estomac avec une image du bulbe duodénal très nette en flamme de bougie.

3° La *Radiographie*, faite en position debout et couchée; montre l'existence d'une bulle d'air, indépendante et au-dessus du bulbe, et permet d'affirmer la perméabilité de l'anastomose.

Tubage gastro-duodénal le 14 mai 1925 (D^r Barbier).

L'olive est déglutie sans difficultés à 10 h. *Premier prélèvement immédiat* (0 heure): liquide teinté de bile. Traces d'acide chlorhydrique libre. — *Deuxième prélèvement* (1 h.): Sous la seule influence de l'olive: chasse biliaire très importante, liquide épinard; acide chlorhydrique libre, en grande quantité. — *Troisième prélèvement* (3 h. $\frac{1}{2}$): un cmc. seulement d'un liquide verdâtre contenant des pig-



Fig. 1

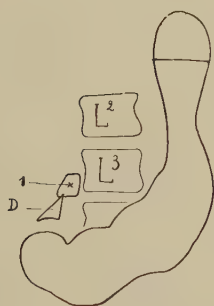


Fig 2

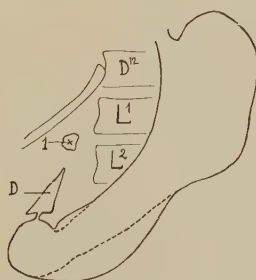


Fig. 3

Obs. 105. — Les radiographies, prises debout (fig. 2) et en décubitus dorsal (fig. 1 et 3,) montrent la persistance d'une bulle d'air au-dessus du bulbe duodénal, très nettement dessiné (D).

ments biliaires et de l'acide chlorhydrique combiné. — *Quatrième prélèvement* (5 h. $\frac{1}{2}$): 10 cmc. d'un liquide jaune d'or, ne contenant pas d'acide chlorhydrique, mais de l'acide lactique et une très grosse quantité de pigments biliaires. — *Cinquième prélèvement* (7 h.): On retire un liquide semblable contenant de l'acide chlorhydrique combiné, et de même une très grande quantité de pigments. Les épreuves du lait et du vin démontrent que l'olive est bien dans le duodénum. On arrête l'épreuve à 7 h. $\frac{1}{2}$: *Sixième prélèvement*, identique au précédent.

Dans les derniers prélèvements, on trouve la présence de trypsine sur sérum solidifié à 56° pendant 12 heures.

En résumé : 1° La fistule cholécysto-gastrique fonctionne de façon à peu près continente.

2° Il semble d'autre part que le cholédoque ait retrouvé sa perméabilité et que la bile possède ainsi deux voies d'excrétion, car on note une augmentation nette de la proportion des pigments biliaires dès que l'olive franchit le pylore.

3° La valeur du suc pancréatique est conservée normale.

OBS. 106, M. le Prof. TIXIER, 1923 (complétée en 1925).

H..., 38 ans. Entré pour ictère chronique le 8 février 1923. 2 frères et 5 sœurs vivants, en bonne santé. Marié, un enfant de 8 ans en bonne santé, femme bien portante, *trois fausses couches*. Il nie toute spécificité et on n'en découvre aucun stigmat.

Ne se souvient d'aucune affection antérieure à 1914. Mobilisé dans l'armée belge. Blessé en octobre 1914 au bras droit et au flanc gauche. Hématurie transitoire, pas de fracture. Revient au bout de 6 mois au front, qu'il ne quitta plus. En 1916 ou 1917, colique abdominale siégeant sous les fausses côtes à droite et à gauche. Pas de vomissements, mais quelques nausées. A la suite de cet épisode aigu, qui reste solitaire, le malade n'a jamais constaté aucun trouble digestif. Pas de dégoût pour les graisses ou les viandes. Pas d'éthylisme. Ne boit que de la bière. N'a jamais été aux colonies.

L'affection actuelle a débuté vers le 15 décembre 1922 par une douleur assez intense au niveau de l'épaule droite, sur-

tout le matin, passant pendant la journée par des alternatives de rémission et de plus grande intensité.

Deux ou trois jours après, une douleur abdominale très vive, assez bien localisée par le malade au creux épigastrique, apparut. Douleur qualifiée de brûlure, durant 1 h. ou 2 h., violente surtout après le repas.

Le 25 décembre 1922 : apparition d'un ictère d'abord au niveau des conjonctives, puis des muqueuses, de la peau, généralisé dans la journée, de couleur jaune clair. Les urines étaient déjà foncées.

Au début de janvier, le malade semble accuser, mais il est difficile de faire préciser, des vomissements bilieux, peut-être même alimentaires, qui persistent une huitaine de jours. L'ictère s'accroissant, les urines deviennent de plus en plus foncées, les matières se décolorent.

Le 15 janvier, un urticaire généralisé, extrêmement pénible, avec éruption purpurique, qui avait envahi toute la surface du corps; il disparut le 20 janvier. *Vers la fin de janvier*, le malade a présenté pendant 2 ou 3 jours une élévation thermique à 39°, mais la température ne fut pas notée régulièrement. Réapparition des douleurs dans l'abdomen et l'épaule droite. Le malade mangeait peu. Il avait perdu l'appétit, était très constipé et accusait une perte de poids de 10 kilos. Asthénie très prononcée. Il se décide à entrer à l'hôpital.

En interrogeant sa femme, il semble que l'ictère ait été un peu plus foncé qu'actuellement.

Teint ictérique extrêmement marqué; ictère généralisé. Teint olivâtre, bronzé. Malade asthénique et amaigri.

Examen abdominal rendu difficile par une contracture très marquée des grands droits qui, tendus et rigides, dessinent leurs intersections aponévrotiques sous la peau. Il est impossible à la palpation de déterminer l'état du foie, de la vésicule. Puis, sous l'influence de la glace, cette contracture disparaît un peu et l'on peut affirmer que le foie est gros et déborde les fausses côtes de 3 travers de doigt. Pas de vésicule perceptible. Rate non perçue. On ne peut pas préciser l'existence d'un point douloureux à la palpation, pourtant, le jour de l'entrée, la pression détermine une dou-

leur plus vive sur la ligne ombilico-coracoïdienne à quelques centimètres de l'ombilic, mais actuellement la pression, même profonde en ce point, n'est pas du tout sensible.

Pas de points douloureux postérieurs : le malade s'assied sans difficultés.

Rien à l'examen thoracique. Radiographie négative. Radioscopie du poumon droit négative. Examen des urines : Présence importante de bile (acides biliaires, pigments et urobiline). Traces d'albumine, pas de sucre, 19,85 d'urée et 6,60 de NaCl par litre. Selles décolorées. Weber très légèrement positif.

Le 25 février 1923 : L'état général du malade est stationnaire, il a conservé un bon appétit et il semble même que son ictère ait sensiblement diminué d'intensité, surtout au niveau du tronc et des membres. Pas de température, sauf un seul jour : 37°8. Les urines et les matières sont devenues normales.

Le Diagnostic est (Prof. Tixier) : Compression du cholédoque d'origine pancréatique; cependant comme il y a un certain degré de rémission de l'ictère, des matières colorées, une légère élévation de température à 37°8; au même moment, on espère pouvoir se rattacher à la possibilité d'une calculose.

Intervention, le 27 février 1923 : Incision de Kehr. La vésicule, très volumineuse, distendue à l'extrême, apparaît bleutée, à parois amincies. Le foie est gros et engainé dans un épaissement de la capsule de Glisson qui s'oppose à la luxation en dehors des lobes. On le libère avec peine et on arrive à décoller progressivement la face inférieure de la vésicule qui est aussi enrobée dans les réactions inflammatoires. A ce moment même, on déchire légèrement un peu de tissu hépatique. Toute la zone duodénale et pancréatique est recouverte d'un voile d'adhérences molles et minces. Le cholédoque gros, mince et distendu, va se perdre dans la tête du pancréas, qui est manifestement dure, sur une étendue large comme la phalange du pouce; elle est nodulaire, très épaisse. Est-ce un cancer? une pancréatite chronique? Impossible de rien affirmer. Le fond de la vésicule distendue vient se coller contre l'estomac, vers l'antrum pylorique. Par

expression, on vide doucement une partie du fond de la vésicule que l'on saisit avec un clamp pour rendre flaccide cette portion et la suturer. Une cholécystogastrostomie est rapidement exécutée. Cette suture est délicate en raison de la minceur extrême des parois et les aiguilles et fils ordinaires sont trop gros. Cependant on arrive à rendre étanche l'anastomose. Fermeture totale du ventre.

Le malade est présenté le 15 mars 1923 à la Société de Chirurgie de Lyon :

« Les suites opératoires ont été très simples. Amélioration très rapide de l'état général coïncidant avec la disparition progressive de l'ictère.

« Quelle était la nature de l'induration pancréatique. Naturellement le diagnostic qui s'impose est celui de cancer de la tête du pancréas. Il me reste cependant quelque espoir qu'il s'agit d'une simple pancréatite chronique : début brusque en pleine santé, douleur épigastrique violente, asthénie très prononcée, amaigrissement progressif, considérable, sont des symptômes que j'ai rencontrés chez des malades que j'ai opérés pour des pancréatites hémorragiques latentes, dont je vous ai déjà parlé. Je n'oserais trancher.

« La cholécystogastrostomie s'imposait : il est certain qu'en quelques jours elle a transformé le malade. C'est une bonne opération, même si elle doit être simplement palliative. »

Le malade quitte le service le 5 avril 1923. Il a de nouveau un teint naturel et un très bon appétit. Il revient se montrer le 21 avril 1923 et a déjà repris du poids.

Il est enfin revu le 3 mars 1925, sans aucun signe qui puisse faire douter alors du diagnostic de pancréatite chronique.

Il a repris son travail depuis juin 1923, il est menuisier et fait régulièrement 9 heures debout à son atelier, sans avoir dû cesser jusqu'à maintenant. Ses forces resteraient cependant un peu diminuées. D'autre part, il signale la persistance de quelques troubles digestifs : pas de douleurs, mais des malaises assez vagues, des digestions parfois imparfaites, un certain dégoût pour la graisse, une légère constipation et surtout quelques sensations douloureuses à droite

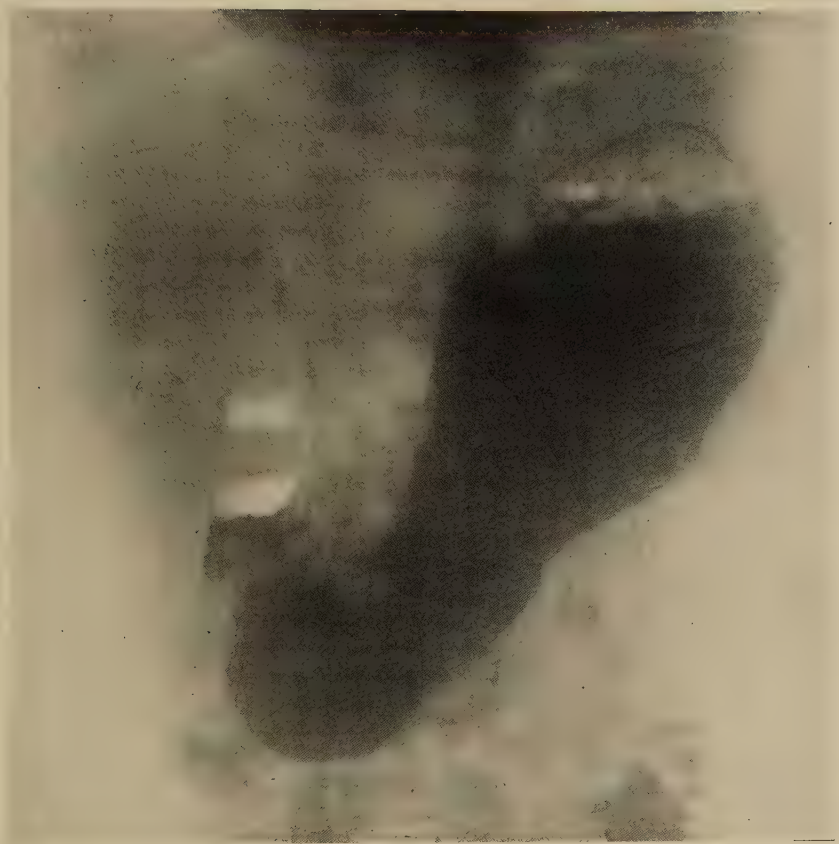


Fig. 1

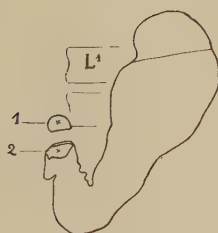


Fig. 2



Fig. 3

Obs. 106. — Le malade étant radiographié debout (fig. 1 et 2), on note une déformation en cupule de l'antré, surmontée de 2 bulles d'air, 1 et 2. On vérifie, sur le cliché pris en décubitus dorsal (fig. 3), la continuité de l'image duodénale et la persistance de la bulle 1.

et à l'épigastre : sensations passagères de piqure et quelques pesanteurs, sans rapport avec l'ingestion alimentaire. Ces malaises surviennent d'ailleurs par périodes et alors le malade reprendrait à ces moments un teint un peu plus jaune, sans qu'il soit cependant permis de parler de subictère. Les selles restent parfaitement colorées, son appétit est bon. Il a repris les 12 kilos qu'il avait perdu. Guérison maintenue à la fin d'avril 1925.

Examen radiologique le 3 mars 1925 (D^r Beaupère).

1° *Radioscopie debout* : Présence de liquide à jeun, neuf heures après un léger repas. Après remplissage par la bouillie barytée on constate l'apparition de rares contractions au niveau de l'antrum pylorique, mais qui restent le plus souvent inefficaces.

2° *Radioscopie couchée* : l'antrum pylorique présente une image en cupule à sa partie supérieure, avec deux cornes latérales assez nettes.

3° *Un nouvel examen pratiqué debout* montre la persistance de cette image qui manquait lors de la première radioscopie.

4° *Les radiographies faites debout et en décubitus* montrent une dépression en cupule de l'antrum pylorique surmontée de deux bulles d'air.

En résumé, bouche anastomotique perméable probablement large. Paresse de l'évacuation. Liquide à jeun dans l'estomac.

OBS. 107, M. le D^r COTTE, 1924 (2), 1925 (4).

Femme de trente-trois ans : Personnellement, elle s'est toujours bien portée jusqu'à 28 ans. A ce moment-là, elle eut pour la première fois des crises douloureuses dans l'hypocondre droit; celles-ci survenaient surtout le matin, durant un quart d'heure environ; elles ne se sont jamais accompagnées de fièvre ou d'ictère.

En janvier 1919, fièvre typhoïde avec rechute compliquée de phlébite. Au mois de mars, la guérison semble complète, mais dans la convalescence, la malade accuse des douleurs vagues dans la région vésiculaire. En juillet 1920 apparaissent des douleurs qui, cette fois, siègent surtout dans la

région lombaire et s'accompagnent de douleurs à la miction. L'examen pratiqué à ce moment par M. Thévenot reste, d'ailleurs, complètement négatif. Pendant trois mois, la santé se rétablit, mais en octobre, la malade souffre d'une nouvelle crise vésiculaire, plus violente que les précédentes, qui s'accompagne de fièvre à 40° et d'ictère. Cette crise cesse le lendemain, mais elle est bientôt suivie d'une autre. En novembre, la malade a encore trois crises sans températures et ictère. A l'examen, le foie n'est pas augmenté de volume et on constate seulement un peu de douleur à la palpation profonde de la région vésiculaire. M. Savy, qui suit la malade depuis longtemps déjà, pense à un calcul du cholédoque et m'envoie la malade pour l'opérer.

Première intervention, le 28 novembre 1920. L'abdomen ouvert, on voit que la vésicule est petite, rétractée, mais non altérée. Les voies biliaires principales semblent normales; elles ne sont ni épaissies, ni enflammées et la palpation la plus minutieuse ne montre aucun calcul. Le foie paraît seulement un peu dur et légèrement sclérosé. Dans ces conditions, on renonce à drainer les voies biliaires ou à enlever la vésicule et on referme l'abdomen.

Suites opératoires. — Mais pendant sa convalescence, même à l'hôpital, la malade reprend des crises douloureuses dans le côté. Au mois de juillet suivant, elle fait une saison à Vichy. Malgré cela, en septembre 1921, elle a de nouvelles crises avec vomissements, mais sans ictère. Jusqu'en juin 1922, les crises sont assez fréquentes; puis, de juin à décembre, elles deviennent beaucoup plus rares. Cet état se prolonge ainsi jusqu'en mai 1923. Enfin, à partir de ce moment, les troubles sont tels qu'en juillet la malade demande à être réopérée. Tout récemment, elle a eu à nouveau une crise avec un léger ictère. L'examen, pratiqué à ce moment, est resté complètement négatif. La température du soir est toujours à 37°8 ou 38°. Il n'y a jamais eu de grands accès fébriles, ni de jaunisse franche. Néanmoins on pense qu'il s'agit d'un calcul du cholédoque laissé lors de la première intervention.

Deuxième intervention, le 26 juillet 1923. A l'ouverture du ventre, on trouve, comme la première fois, la vésicule rétrac-

PLANCHE V

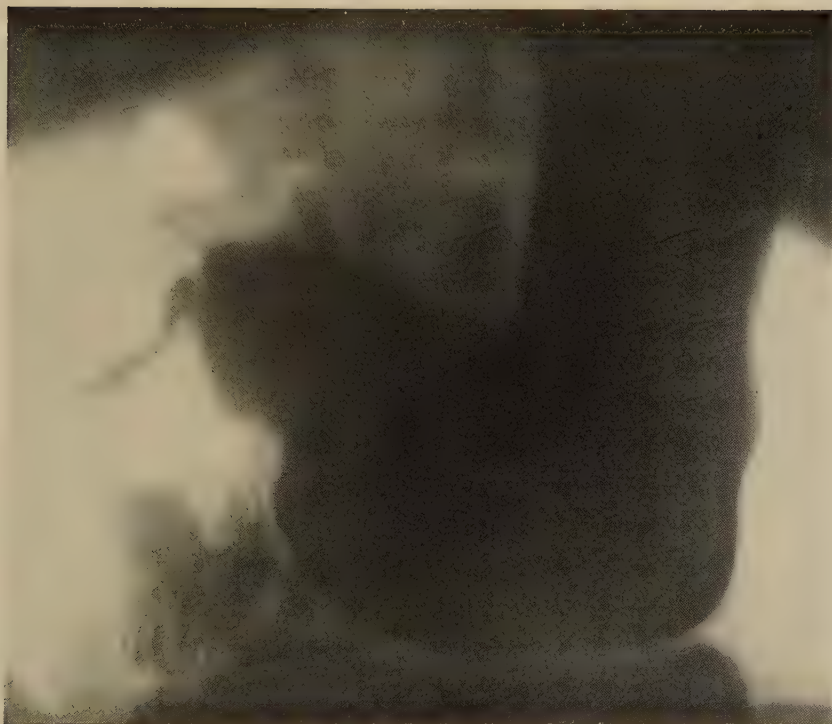


Fig. 1



Fig. 2

Obs. 107. — (Cliché pris en position debout).
L'antré pylorique se bifurque et on remarque, au-
dessus de l'amorce duodénale, une petite saillie
rectangulaire, que surmonte une bulle d'air (1).
Entre les deux images, légère trainée de bouillie
opaque.

tée sur elle-même et vide, mais les voies biliaires principales sont nettement enflammées. Tout le petit épiploon est injecté et, dans son épaisseur, on voit de nombreux ganglions enflammés. La palpation du cholédoque, dans sa portion sous-hépatique, ne montre rien d'anormal. Aussi bien, pour poursuivre son exploration, on décolle le duodéno-pancréas. On se rend compte ainsi, de la façon la plus évidente, qu'il ne renferme aucun calcul; par contre, on voit que la tête du pancréas est épaissie, donnant presque l'impression qu'il y a à son intérieur un corps étranger, mais cette induration est trop étendue pour qu'il s'agisse d'un calcul et l'hypothèse d'un noyau de pancréatite paraît plus vraisemblable. La vésicule n'étant pas malade, on songe immédiatement à s'en servir pour créer une voie de dérivation pour la bile. Cholécystogastrostomie à la suture.

Suites opératoires. Cette fois, dès les premiers jours après l'opération, la malade se trouve très soulagée, le subictère disparaît rapidement; les fonctions digestives s'améliorent. Un mois après la sortie de l'hôpital, la malade a repris 3 kilos. Revue il y a quelques semaines, elle va tout à fait bien. Depuis l'opération, elle n'a plus repris de crises, bien qu'elle ne suive aucune régime.

A l'examen radiographique et radioscopique fait à ce moment, on a vu, au-dessus du pylore, une petite poche d'air qui semble représenter la vésicule distendue. Il ne semble pas que la bouillie barytée reflue dans la vésicule, le fonctionnement de l'estomac n'est pas troublé.

OBS. C, M, le D^r DELORE (inérite) (1). — Femme, 50 ans, envoyée par le Docteur Savy pour un ictère par rétention survenu il y a trois semaines, prurit intense. Pouls à 75. Pas de température, sauf 38°2 la veille de l'intervention. Amaigrissement. L'ictère est variable, non progressif et semble même avoir diminué.

Foie dépassant le rebord costal d'un travers de main. Au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, grosse vésicule rénitente indolore, dont la tension semble variable aux différents examens.

(1) Cette observation (de même que les observations suivantes : D, E, F, G, H) n'a pas trait à un cas de pancréatite chronique.

Intervention le 31 décembre 1924. Incision sous-costale droite. Grosse vésicule avec bile blanche. Il semble s'agir d'un néo du pancréas : masse dure bosselée, manifestement néoplasique. Cholécystogastrostomie à la suture.

Suites opératoires : la malade se décolore progressivement, si bien qu'au huitième jour, il est impossible de dire qu'elle a eu de l'ictère. Le prurit a cessé tout de suite. La malade se dit très améliorée.

Examen radiologique le 16 février 1925 (D^r Beaupère). La radioscopie ne montre aucun détail anormal, qu'elle soit faite en position debout ou en position couchée.

La radiographie debout montre deux bulles d'air au-dessus de la petite courbure. La radiographie faite couchée, une tache opaque, nettement plus haut que le duodénum et qui correspond à la chute de la baryte vers le bassin.

Tubage gastro-duodénal (D^r Barbier). Mise en place du tube à 9 h. un quart.

Premier prélèvement immédiat (0 heure) : liquide jaune d'or à réaction acide, sans HCl libre. Réactions de la bile.

Deuxième, troisième, quatrième prélèvements (0 h. 30, 1 h., 1 h. 30), même liquide. — *Cinquième prélèvement* (2 h.), liquide plus vert. Beaucoup plus de bile. Réaction acide. — *Sixième prélèvement* (2 h. 3/4), même liquide. Une radiographie de contrôle montre l'olive encore dans l'estomac. — *Septième prélèvement* (8 h.), même liquide. Aucun des prélèvements ne digère le milieu d'épreuve. Pas de suc pancréatique.

En résumé :

1° Fonctionnement certain de la fistule vésiculaire, qui semble incontinente. Neutralisation de l'acide chlorhydrique mais persistance d'un milieu acide. On assiste à une chasse biliaire spontanée.

2° On ne passe pas dans le duodénum, l'épreuve de la digestion trypsique est négative, ainsi qu'il fallait s'y attendre.

OBS. D. M. le Docteur COTTE, 1921 (3), 1925 (6). — Une crise douloureuse hépatique il y a cinq mois se répétant depuis quinze jours. Jamais d'ictère.



Fig. 1

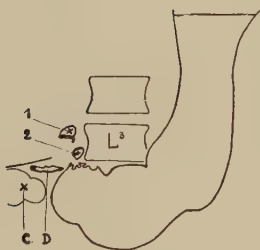


Fig. 2

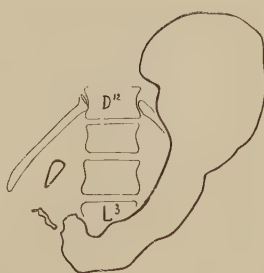


Fig. 3

Obs. C. — Sur la radiographie prise debout (fig. 2) 2 petites bulles 1 et 2 (dont la première est soulignée de baryte), distincte du duodénum D et de l'angle droit du colon C. Dans le décubitus dorsal, on note se projetant dans l'angle costovertebral, une tache opaque triangulaire, dessinant sans doute le bassin de la vésicule. Nettement distincte, l'amorce du duodénum.

Intervention le 19 septembre 1924. Adhéhérences sous-hépatiques. Appendicéctomie : Appendice sans altérations notables. Cholécysto-gastrostomie.

Suites opératoires : soulagement immédiat. Guérison très rapide. A l'examen radioscopique fait trois semaines après l'intervention, l'estomac paraît un peu atone, il faut presser

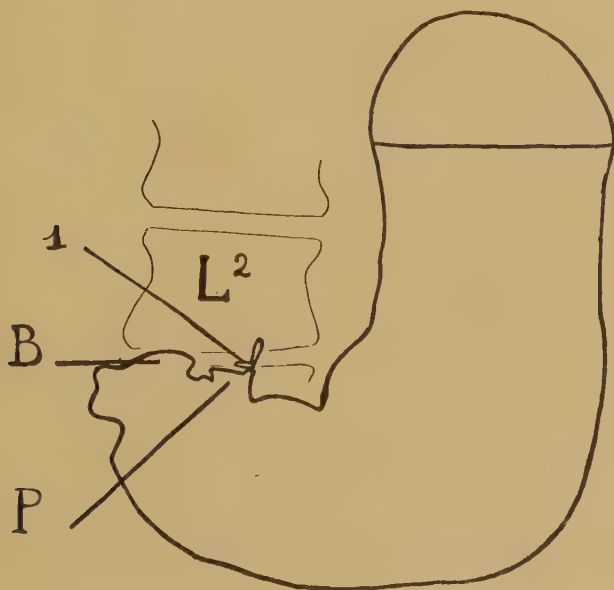


Figure 4

Calque Radiographique (obs. 2)

En dedans du bulbe duodenal B, devant la partie supérieure de L³ une image diverticulaire cassée P à bord supérieur horizontal surmontée d'une petite bulle d'eau (1) et d'une petite trainée opaque, et représentant le pédicule de l'anastomose (Radiographie prise debout).

à son niveau pour réveiller ses contractions, la vésicule ne se remplit pas au cours de l'examen. Revue dans le courant de février, la malade se déclare en parfaite santé.

M. le D^r Cotte voulut bien nous confier la malade pour l'étude de sa bouche anastomotique :

Examen radiologique le 17 avril 1925 (D^r Beaupère). Radioscopie normale en position debout et couchée.

La radiographie prise debout montre sur la petite courbure une saillie carrée à bords nets, qui semble correspondre au pédicule de l'anastomose. L'absence de bulle d'air, l'impossibilité d'interpréter utilement la radiographie couchée, ne permettent pas d'affirmer la perméabilité de la fistule. On peut seulement noter la paresse de l'évacuation.

Tubage gastro-duodéal le 12 mai 1925 (D^r Barbier). — Le tubage est très facile. Dès les premiers prélèvements pratiqués immédiatement, on constate l'existence dans l'estomac, à la fois de pigments biliaux et d'Hcl libre en faible quantité. De nouveaux prélèvements sont faits de demi-heure en demi-heure et on note l'augmentation parallèle de la bile et de l'HCl libre. Devant la persistance de ces résultats, on arrête l'examen au bout de deux heures.

En résumé :

1° On acquiert la preuve de l'existence de la fistule, de son fonctionnement constant; 2° on note l'augmentation parallèle de l'excrétion biliaire et de la sécrétion gastrique provoquée par la présence d'un corps étranger dans l'estomac.

OBS. E, M. le Docteur COTTE, 1925 (8). — Jeune fille de 26 ans, souffrant depuis longtemps de troubles gastriques, douleurs, indigestions, vomissements biliaires, dysménorrhée, douleurs lombaires. Rétroversion opérée en août 1923 (fixation, appendicectomie, castration unilatérale droite).

Aucune amélioration; réintervention le 6 septembre 1923: vésicule distendue, voies biliaires principales rétractées. Cholédoque dur comme un canal déférent. Pas de calcul. Cholécystogastrostomie à la suture.

Suites excellentes. Le 29 septembre ne souffrait plus de l'estomac. Le 15 décembre, la malade dit ne s'être jamais si bien portée, elle mange de tout, même des graisses, a engraisé de 5 kilos. Revue tout récemment (11 mai 1925), continue à aller bien.

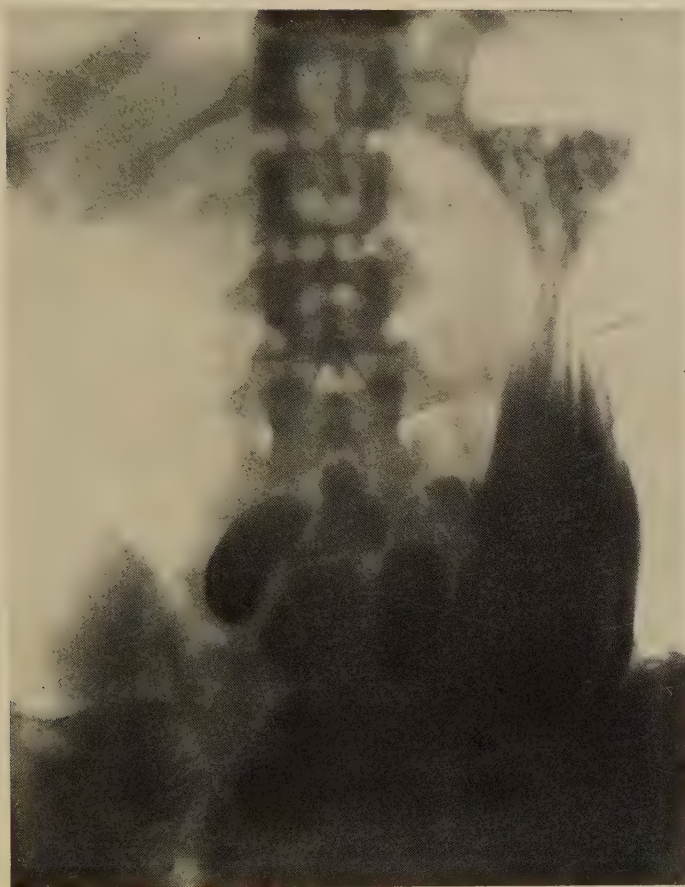


Fig. 1

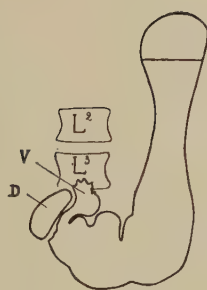


Fig. 2

Obs. E. — **Reflux de la bile**
opaque dans la vésicule. En dedans du
 bulbe duodénal D, part, de l'extrémité
 droite de l'estomac, un diverticule V, net-
 tement limité en bas par une ligne convexe,
 se perdant au contraire irrégulièrement
 en haut.

Evacuation rapide de l'estomac : vio-
 lentes contractions péristaltiques, remplis-
 sage de l'intestin grêle.

M. le D^r Cotte nous confia l'examen complémentaire de cette malade, qui entra salle B. Teissier.

Examen radiologique (D^r Beaupère), le 23 avril 1925.

1° *Radioscopie debout*. Après remplissage par la baryte, on note : estomac peu déformé présentant une ébauche de forme en J. On assiste à la formation de trains d'onde péristaltiques nombreux et rapprochés et aboutissant au passage de la baryte dans le grêle dès les premières minutes de l'examen. Le bulbe duodénal se voit bien. Sur la petite courbure, dans la concavité, on note une image diverticulaire apparaissant puis disparaissant, mais toujours à la même place. Par moment, cette image semble se séparer de l'estomac.

2° *Radioscopie couchée* : la malade étant horizontale, on ne voit que les deux amas barytés de la grosse tubérosité et de l'antra pylorique. Si on fait coucher la malade sur le côté droit de façon à faire avec le plan horizontal un angle de 30° à 40°, on voit que la portion médiane de l'estomac est segmentée par de nombreuses ondes lui donnant l'aspect fragmenté d'un gros intestin et provoquant un passage rapide dans le duodénum. On note la disparition de l'image diverticulaire.

3° La *radiographie en position debout* confirme l'existence au niveau de la partie pylorique de la petite courbure d'un diverticule rattaché par un pédicule net. On peut affirmer le reflux de la baryte dans la vésicule.

Tubage gastro-duodénal le 11 mai 1925 (D^r Barbier). — Le tube avalé, sans peine, on pratique un *premier prélèvement* immédiat (0 heure) : en amorçant l'extraction avec 5 centimètres cubes environ d'eau, on retire 10 centimètres cubes d'un liquide filant muqueux sans débris alimentaires, non teinté. Présence d'HCl combiné. Traces de pigments biliaires. *Deuxième prélèvement* (1 heure) : toujours sans autre injection que 5 centimètres cubes environ d'eau, on retire 10 centimètres cubes d'un liquide muqueux teinté de vert et dans lequel on met en évidence la présence d'HCl libre et celle de pigments biliaires. Le *troisième prélèvement* (2 heures), comporte HCl combiné et pigments biliaires en plus

grande quantité à tel point que le liquide ressemble à du liquide duodénal : on en vérifie l'origine gastrique en faisant boire à la malade un liquide coloré (du vin rouge), qui immédiatement peut être retiré par la sonde d'Einhorn.

L'olive est bien encore dans l'estomac. L'analyse du contenu du duodénal semblant sans intérêt, on interrompt l'examen.

En résumé, il semble que :

1° La fistule cholécystogastrique soit à peu près continue en période de repos digestif.

2° L'introduction d'un corps étranger dans l'estomac provoque à la fois la sécrétion gastrique et un début de chasse biliaire. Mais la sécrétion gastrique déborde le flux biliaire puisqu'il persiste de l'HCl libre non neutralisé.

3° Mais dans un second temps, la sécrétion biliaire augmentant plus que la sécrétion gastrique, le liquide se teinte davantage et on ne trouve plus dans l'estomac que de l'HCl combiné.

OBS. F. PATEL. — H., 61 ans, entré le 24 octobre 1923, pour un ictère par rétention, apparu il y a un mois sans autre symptôme, en pleine santé. Grosse vésicule, pas de point douloureux. Radioscopie négative.

Intervention, 31 octobre 1923. Laparotomie sus-ombilicale médiane. On constate l'intégrité de l'estomac et l'intégrité également de la tête du pancréas. La vésicule biliaire est distendue, à parois minces, sans calculs à l'intérieur. Son volume laisse supposer qu'il n'y a pas d'obstacle réel au niveau du cholédoque. La vésicule venant assez facilement sur la face antérieure de l'estomac, on fait une cholécystogastrostomie à la suture (l'incision a été prolongée perpendiculairement à la Rio Branco).

Suites opératoires, apyrétiques.

L'ictère diminue dès le lendemain de l'opération et disparaît complètement au dixième jour. Chaque jour, les urines se sont éclaircies et le malade constatait lui-même chaque jour un progrès. Première selle, le quatrième jour normale-

ment colorée. Ablation des fils le douzième jour. Le quinzième jour, lever.

L'appétit reste encore médiocre, le dégoût persiste pour les viandes. Le malade sort, guéri, le 25 novembre.

Rentré chez lui, il reprend un bon appétit, constate un amaigrissement de 14 kilos depuis le début de l'affection et en deux mois reprend son poids antérieur (83 kilos).

Il se met au travail le 12 décembre.

Et 15 jours après, le sujet ne se ressent plus de rien et se trouve parfaitement guéri.

Depuis lors, cette excellente santé ne s'est pas démentie et le 31 janvier, le sujet est vu, âgé de 63 ans, continuant son métier de manoeuvre et ne se plaignant plus d'aucun trouble sauf une bronchite et quelques troubles digestifs qu'il connaissait depuis 30 ans. Pas d'amaigrissement.

Tubage gastro-duodéal le 14 février 1925.

Mise en place du tube d'Einhorn à 9 heures du matin. —

Premier prélèvement : immédiat (0 heure), liquide incolore, acide, pas d'acide chlorhydrique. Pas de bile. — *Deuxième prélèvement* à 1 h. 30 : 10 cmc. de liquide teinté jaune clair, même réaction acide. Présence de bile (réaction légèrement positive). — *Troisième prélèvement* à 2 heures, liquide jaune foncé, brunâtre, d'aspect de bile pure. Réaction de la bile très positive. Réaction acide plus faible (acide lactique). — A 2 h. un quart, injection de 3 cmc. de solution saturée.

Bicarbonate de soude, afin de provoquer une sécrétion gastrique, si l'olive est encore dans l'estomac. Si elle a franchi le pylore, le milieu restera alcalin et l'injection provoquera une chasse biliaire.

Quatrième prélèvement à 2 h. 30, liquide d'apparence semblable, mais un peu moins teinté et alcalin (rôle du bicarbonate de soude). — *Cinquième prélèvement* à 2 h. trois quarts, liquide beaucoup moins alcalin (début de la sécrétion acide). — *Sixième prélèvement*, 3 heures. Réaction franchement acide. — *Septième prélèvement*, 5 h. trois quarts, liquide semblable. — A 6 heures, injection de 2 cmc. de SO⁴Mg saturé. — *Huitième prélèvement*, à 6 h. un quart, augmentation de la bile. Présence d'acide combiné, mais non d'HCl libre.

Les prélèvements faits à partir de 3 heures contiennent de la *trypsine* digérant le milieu dans les conditions requises.

En résumé :

1° Il semble que la fistule cholécystogastrique existe et fonctionne de façon intermittente: pas de bile au début de la recherche, puis quantité de bile, alors que l'on est certain d'être dans l'estomac.

2° Il semble qu'il y ait un certain trouble de l'évacuation pylorique, puisque le pylore reste ouvert (sixième, septième et huitième prélèvements) créant ainsi un milieu constamment acide du duodénum.

3° L'injection duodénale de SO^4Mg provoque une chasse biliaire dont on ne peut connaître la voie exacte.

4° Présence de trypsine active.

Examen radiologique : a été pratiqué deux fois, le 14 février et le 18 mai 1925, et a donné les mêmes renseignements. Chaque fois, le malade fut examiné à l'écran debout, puis couché.

1° *Examen debout* : le malade à jeûn depuis 12 heures, présente un estomac vide avec bulle d'air, ne reposant pas sur un niveau liquide. L'estomac se remplit bien. Ce qui frappe surtout, c'est une *déformation* dont les éléments sont les suivants:

1° Au niveau de la petite courbure, à la portion moyenne, il existe une angulation à sommet regardant en haut et à droite.

2° Le segment supérieur se dirige obliquement en bas et à droite, croisant la ligne médiane.

3° Le segment inférieur décrit à droite de la colonne une anse qui se projette devant le duodénum.

4° La grande courbure présente en face de l'angulation, une légère dépression persistante.

L'évacuation de l'estomac se fait assez rapidement. On n'assiste pas à l'apparition d'ondes péristaltiques nettes, on ne voit pas s'injecter de façon précise le bulbe duodénal.

Aucune image de pénétration dans la vésicule.

2° *Examen couché*, montre la bouillie barytée tombant dans l'antra pylorique, sans qu'aucune image spéciale ne se dessine.

3° *Radiographie*. Deux radiographies sont faites à chacun des examens, l'une debout, l'autre en position couchée. On ne peut en tirer aucun renseignement, le malade ayant chaque fois bougé.

En résumé : l'examen radioscopique seul utilisable, dans ce cas, n'a pu fixer sur l'état de la bouche anastomotique. Estomac déformé. Evacuation rapide.

OBS. G, M. le Docteur Ph. ROCHET (inédite). — F., 54 ans, souffre depuis 1900. Coliques hépatiques du type cholédocien, qui se succédaient tous les 5 ou 6 mois et ont disparu depuis 1920. Grippe il y a 4 mois, depuis laquelle douleurs épigastriques persistantes et tous les 2 ou 3 jours crises de douleurs intenses s'irradient dans le bras droit, les lombes, accompanées d'une contraction progressive, sans rémission.

Elle vient au bout de huit jours et on constate un foie un peu gros, pas de vésicule perceptible, pas de point douloureux ni de contracture de la paroi.

Diagnostic clinique : calcul du cholédoque.

Intervention le 7 avril. Vésicule assez grosse, ne débordant pas le rebord du foie, d'ailleurs hypertrophiée. Parois épaissies. Cholécystite certaine. Quelques calculs à la palpation. Taille vésiculaire : muqueuse très hyperémisée, on retire quatre ou cinq calculs à-facettes; afflux biliaire. Le cholédoque très dilaté, bleuâtre, du volume du pouce, parois minces, sans traces d'inflammation. Pas de calculs décelables. Une masse du volume d'une petite noix au niveau du trajet pancréatique. Taille cholédocienne sous-duodénale. La sonde pénètre sans obstacle dans le duodénum. Suture en deux plans de la brèche cholédocienne, avec reconstitution du petit épiploon. Drain au contact. Cholécystogastrostomie à la suture en deux plans : incision de trois centimètres sur chacun des viscères.

Suites opératoires excellentes : l'ictère disparaît rapidement. Légère suppuration pariétale. Cicatrisation le 6 mai.

La malade passe à cette date dans le service de M. le Professeur Bard, salle B. Teissier. Un *tubage gastro-duodénal* est à plusieurs reprises tenté par M. le D^r Barbier. Il se heurte chaque fois à un spasme oosphagiens. L'olive, au bout d'une heure, n'est pas encore dans la cavité gastrique et la malade se refuse à la prolongation de l'épreuve.

Examen radiologique le 7 mai 1925 (D^r Beaupère). — La radioscopie ne permet pas de noter l'image anormale, tant dans la position debout que dans la position couchée. Seule, la radiographie prise debout montre une saillie très nette sur la petite courbure, large de 2 centimètres, surmontée d'une bulle d'air. Une radiographie de contrôle faite 24 heures après, est négative. On peut affirmer la perméabilité de la fistule, qui apparaît large.

OBS. H, M. le Docteur SANTY (inédite). — F., 63 ans, a eu autrefois des coliques hépatiques. Depuis 15 jours, ictère progressif, apyrétique. Grosse vésicule.

Intervention le 28 janvier 1925. Incision oblique sous-costale; le lobe droit du foie est abaissé, volumineuse vésicule renfermant 250 grammes de bile blanche, et 3 gros calculs. Rien dans les voies biliaires. Pancréas dur sans tumeur. Le cholédoque et le cystique énormes avant l'évacuation de la vésicule, se sont vidés en même temps qu'elle. Cholécystogastrostomie à deux plans à la suture.

Suites opératoires simples. Vomissements bilieux, les deux premiers jours. Le 23 mars, la malade est revue très améliorée; ictère disparu, reprise des forces. Guérison maintenue le 20 mai 1925.

Examen radioscopique (D^r Santy), le bismuth pris ce matin est toujours dans le gros intestin. Après nouvelle ingestion, on ne voit pas d'image vésiculaire nette, mais un estomac très hypertrophié. Au-dessous du duodénum, petite ombre localisée fixe et deux autres plus bas situées paraissant sur le trajet du duodénum. On pense qu'il s'agit de la vésicule.

PLANCHE VIII



Fig. 1

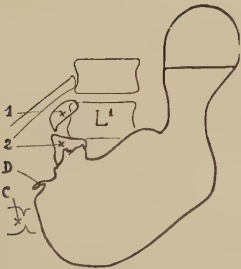


Fig. 2

Obs. G. — Au niveau du bord supérieur de l'antrum pylorique, image diverticulaire, représentant un large pédicule à bords latéraux nets; 2 bulles d'air le surmontent (1 et 2) l'une à son contact immédiat. On distingue au-dessous, l'amorce du duodénum D, et la clarté colique C.

c) Comment fonctionne une anastomose cholécystogastrique ?

Nous allons essayer de grouper les renseignements d'ordre divers que nous avons recueillis en étudiant quelques-uns des problèmes physiologiques que pose la cholécystogastrostomie.

I. — EXISTE-T-IL DES TROUBLES GASTRIQUES ?

1° *La forme de l'estomac* paraît peu modifiée. Le glissement de la vésicule hors de la fossette cystique explique, joint au léger déplacement général de l'estomac à droite, le peu de modification morphologique du viscère. Nous avons noté que le fond de la vésicule pouvait se superposer au point où le ligament suspenseur émerge sous le bord antérieur du foie.

Pour éviter des fractions pouvant souder la vésicule plus facilement déformable que l'estomac, il est une utile précaution, qu'à utilisée plusieurs fois notre Maître, M. le Professeur Bérard, qui est de suspendre la région anastomotique au ligament falciforme lui-même, réalisant d'emblée un rapport que nous avons vu s'établir spontanément :

OBS. J, M. le Professeur BÉRARD. — H., 49 ans, opéré le 23 avril 1921, pour un ictère datant de trois mois, avec ascite et œdème des jambes, sous rachianesthésie. La vésicule distendue, énorme, masque une *tumeur* considérable de la tête du pancréas refoulant le duodénum. Cholécystogastrostomie à trois plans, à la suture, au catgut, et on fixe la région

prépylorique au foie par l'intermédiaire du ligament rond pour éviter les tiraillements. Guérison opératoire. Le 29 juillet 1921, état satisfaisant, disparition de l'œdème des jambes. Appétit parfait, aucun trouble de la digestion. Pas de reprise de poids. Décès le 1^{er} octobre.

OBS. K, M. le Professeur BÉRARD. — Intervention analogue faite chez un homme de 60 ans, le 26 mai 1921, porteur également d'un cancer de la tête du pancréas (ictère permanent depuis un mois et demi), avec vésicule très distendue. Guérison opératoire. Amélioration. Mort six mois après sa sortie de l'hôpital.

La radiologie nous montre, d'autre part, deux types de déformation, dans lesquels d'ailleurs intervient pour une part la réaction du muscle gastrique, et pour une autre la suspension de la région prépylorique :

1) *Estomac en J*, avec formation d'un bas-fond au niveau de l'antrum (Obs. 104).

2) *Angulation nette* sur la petite courbure, avec, parfois, une encoche correspondante sur la grande courbure. Le segment susjacent à l'angle est oblique en bas et à droite, le segment inférieur décrit une courte anse pour se continuer dans le duodénum. Cette angulation ne correspond pas à l'implantation de la vésicule ; elle est sans doute en rapport avec la traction générale de l'estomac sur la droite, qui fait superposer parfois le petit cul-de-sac et la seconde portion du duodénum.

2° *Les modifications du transit gastrique* n'ont pu se prêter à aucune formule générale. Donnée classiquement comme normale, l'évacuation gastrique

nous a paru dans 3 cas être paresseuse, dans 2 autres être, par contre, accélérée notablement, tant à l'exploration radiologique qu'à l'épreuve du tubage. Dans un cas seulement, nous avons noté l'existence de liquide à jeun (Obs. 104). Le jeu complètement anormal des différents facteurs chimiques explique aisément la variabilité des réactions pyloriques.

3° *Le milieu gastrique* reste toujours acide, quelle que soit la quantité de bile que renferme l'estomac. Cette notion classique s'est trouvée vérifiée par toutes nos recherches chimiques. Lorsqu'un afflux biliaire tend à neutraliser l'acidité du chyme, on assiste à une hypersécrétion chlorhydrique. Les épreuves de provocation de la sécrétion acide ont toujours été positives. La digestion gastrique n'est en rien troublée par la fistulisation de la vésicule dans l'estomac.

Le trouble apporté au fonctionnement de l'estomac est donc absolument insignifiant. Il n'y a aucun intérêt physiologique à faire porter l'anastomose sur le duodénum.

II. — PROBLÈMES DU REFLUX GASTRIQUE DANS LA VÉSICULE ET DE L'INFECTION BILIAIRE ASCENDANTE.

L'infection biliaire, dans le cholécystogastrostomie, semble être conditionnée par deux facteurs surajoutés, soit l'occlusion de la bouche anastomotique, soit la sténose pylorique par l'intermédiaire de la septicité du liquide de stase (Patel). Cette dernière éventualité montre bien le rôle que jouent, pour expliquer

la rareté de cette complication, les qualités du milieu acide.

Un autre facteur est invoqué classiquement : le reflux des aliments dans la vésicule. Nous n'avons pas de preuves de la possibilité de ce mécanisme, mais il semble logique.

Ce que nous savons, c'est la réalité du reflux de la bouillie barytée dans le tractus biliaire. Les radiographies de l'observation 102, des observations C et E' prouvent qu'il se produit 3 fois sur 7. L'injection de la vésicule par le baryum peut dessiner deux images différentes, suivant que se remplit, dans la station debout, le fond, ou, au contraire, le bassinnet, lorsque le malade est examiné couché.

1° *Le fond de la vésicule* (Obs. 104 et E).

Partant du bord supérieur ou de la face antérieure de l'antra pylorique, se voit nettement un pédicule qui rejoint l'angle externe d'une poche répondant au bord de la colonne lombaire. Cette poche est limitée parfaitement en bas par une courbe régulière qui dessine la portion restée libre du fond de la vésicule ; les bords latéraux sont également nets. La limite supérieure est, au contraire, plus diffuse, dentelée.

Dans un cas (Obs. 104), le malade accusa une douleur nette au moment précis où se remplissait la poche.

Cette image apparaît surtout dans la station debout.

2° Au contraire, c'est seulement à l'examen en position couchée que peut se voir l'injection du *bassinnet* de la vésicule (Obs. 106). L'examen debout a été nég-

tif, et, sur la radiographie prise en décubitus, apparaît une tache opāque, ressemblant à une balle de fusil, qui ne peut être, par sa topographie, que dans la partie rétrécie de la vésicule, au point déclive en station couchée.

3° Cases a montré la possibilité de persistance de la tâche vésiculaire pendant plusieurs jours.

III. — COMMENT SE FAIT LA CHASSE BILIAIRE GASTRIQUE.

La sonde d'Einhorn a demeure dans l'estomac donne des renseignements qui permettent de définir deux types fonctionnels bien distincts:

1° *La fistule peut être incontinente*: le premier prélèvement immédiat ramène un liquide fortement teinté de bile, qui peut même avoir les caractères de la bile pure et ne correspond en rien en tout cas au reflux à travers le pylore que l'on peut constater normalement ; ce type est celui de nos Observations D et C.

2° Au contraire, on peut noter dans les grandes variations de la teneur en bile du contenu gastrique les signes d'une véritable *continence* de la bouche anastomotique (Obs. 103, E, F).

Ces fistules continentes ne laissent pas passer de la bile à jeun, elles s'ouvrent par période et on assiste à de véritables chasses biliaires qui coïncident généralement, sauf un certain décalage, avec la mise en jeu de la sécrétion gastrique.

Quel est le mécanisme de cette adaptation parfaite?

La petitesse de l'orifice intervient; sans doute aussi faut-il invoquer une sorte de réglage de la couche musculaire gastrique qui l'entoure.

4° OBLITÉRATION DES BOUCHES DE CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE

Il est un troisième type fonctionnel qui est caractérisé par l'oblitération de la bouche de cholécystogastrostomie. Il est des cas où cette éventualité est une complication (constatations opératoires), et d'autres où, physiologiquement, la bouche anastomotique n'est plus perméable. Pendant plus de cinq heures, chez une de ces malades, on ne put déceler que des traces très légères de bile, absolument normales, jamais un afflux notable, alors que, tranchant sur le contenu gastrique, le milieu duodénal montrait le jeu normal du cholédoque. Ce cas, superposable à celui de Ch. S. White, que nous avons rapporté (Obs. 101), peut être interprété de diverses façons. On peut admettre une oblitération cicatricielle de l'orifice anastomotique ou, au contraire, une simple inutilisation physiologique, l'orifice, en réalité perméable, restant fermé, parce que la bile a retrouvé son cours normal, ne fait plus pression sur le fond de la vésicule. Ce mécanisme a été donné théoriquement par Starr Judd, au XXII^e Congrès américain: « un point est quelquefois oublié, en anastomosant le fond de la vésicule et l'intestin, la bile ne coulera à travers l'anastomose que s'il existe une obstruction complète du cholédoque. »

Nous avons en réalité observé une malade chez qui le jeu de la fistule et celui du cholédoque semblaient simultanés (Obs. 103). Mais, dans un autre cas (Obs. 102), l'examen radiologique, en quelque sorte paradoxal, a montré une superbe injection du fond de la vésicule, qui semble mal en rapport avec cette oblitération fonctionnelle de l'anastomose. Il a semblé à notre maître, M. le Docteur Santy, qu'il fallait interpréter ce cas comme répondant à une oblitération du cystique : l'injection de la vésicule se fait d'autant plus facilement que, simple diverticule de la cavité gastrique, elle n'est plus sous la tension biliaire. Cette hypothèse a comme argument encore le fait que la vésicule anastomosée était lithiasique : l'oblitération du cystique peut donc être due à une coudure ou à un rétrécissement cicatriciel ou encore à un calcul enclavé.

5° SIGNES DE PERMÉABILITÉ D'UNE BOUCHE DE CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE

Cette observation un peu paradoxale nous montre qu'il faut toujours associer les examens radiologiques et chimiques et en confronter les résultats. Une anastomose peut en effet être perméable anatomiquement et ne pas l'être physiologiquement. Les résultats du tubage duodénal semblent être les plus précis, mais la radiographie nous a permis, dans la plupart des cas que nous avons examinés, de déceler la perméabilité anatomique de la fistule :

1. *Injection de la vésicule.*

2. *Dessin du pédicule de la bouche anastomotique.*

Une image diverticulaire sur le bord supérieur de la région prépylorique existe dans l'observation D : à 2 ou 3 centimètres du pylore, se voit une saillie à bords verticaux nets, haute de 1 à 2 centimètres, plus large à son extrémité qu'à sa base d'implantation. La limite supérieure est horizontale et se relie à angle droit et même aigu aux bords latéraux. Ce signe n'a de valeur que si le bulbe duodénal est indiqué: il l'est dans ce cas. Dans l'observation G, on constate une saillie qui semble un peu différente, plus large et qui demande à être diagnostiquée d'avec une superposition du bulbe duodénal. Les éléments qui permettent cette différenciation délicate sont :

1° L'existence d'une traînée opaque annonçant le trajet duodénal et nettement dirigée à droite.

2° Le fait que l'orifice anastomotique a été fait systématiquement très large.

3° Le fait que cette « cheminée » est surmontée d'une bulle d'air qui se perd progressivement en haut sur le bord droit de la première lombaire, et la coexistence d'une tache claire des dimensions d'une lentille incluse dans la baryte refluee dans l'orifice anastomotique.

Le diagnostic de ces diverticules est donc délicat ; il n'apporte pas d'ailleurs la certitude absolue de perméabilité de l'anastomose. La bouche peut se pédiculer ainsi et une sténose être constituée plus haut.

Plus intéressante nous apparaît l'image en cupule

de l'observation 104, qui se détache mal de l'estomac à cause sans doute de l'abouchement de la vésicule effectué sur la face antérieure du viscère. La concavité de sa limite supérieure est remplie par une bulle d'air.

3. *La présence d'air dans la vésicule.*

Dans quatre cas, ce signe fut noté.

La bulle d'air vésiculaire peut se superposer à l'image d'un remplissage de la vésicule (Obs. C), mais elle peut également exister seule, ou encore se voir uniquement sur l'une des épreuves (couchée par exemple).

La bulle peut être cerclée d'un trait opaque, peut être comprise dans la concavité de l'image en cupule de la bouche anastomotique. Elle peut aussi être fragmentée.

Son siège est généralement sur le bord droit de la deuxième ou plutôt de la troisième lombaire.

Elle se diagnostique nettement de l'air colique : on peut voir d'ailleurs la coexistence des deux, l'angle droit se voyant au-dessous du bulbe duodénal, la bulle vésiculaire nettement au-dessus.

Elle peut être identifiée encore par la structure du bord inférieur du foie.

Enfin, il faut diagnostiquer l'air vésiculaire de l'air duodénal. « Le sommet du bulbe peut normalement, dit Beclère, contenir une bulle d'air, ainsi que l'ont montré Haudet, Bier, Schliesinger. » Le seul élément de diagnostic réside dans la coexistence d'un bulbe et d'une image gazeuse bien distincte. Il ne faudra rien affirmer tant que le bulbe, cause la plus impor-

tante d'erreur, aura été vu en même temps que le signe que l'on veut attacher à la perméabilité de l'anastomose : image verticulaire ou bulle d'air.

B. — Valeur et résultats des anastomoses de la vésicule biliaire dans les pancréatites chroniques avec ictère

a) Valeur théorique de la cholécystogastrostomie

1° Les recherches, dont nous venons d'exposer les résultats, permettent d'affirmer que la cholécystogastrostomie est la meilleure des opérations de *dérivation biliaire* : pleinement physiologique, elle sauvegarde les fonctions gastriques ; elle permet d'espérer le rétablissement d'une excrétion intermittente, réalisant dans l'estomac le jeu normal des chasses biliaires.

Comprise dans le cadre de la formule de Jaboulay : « Obstructions complètes, directement irrémédiables du cholédoque », la valeur de cette opération ne doit plus se discuter. Il persiste un risque d'infection biliaire, réduit, d'une façon certaine, au minimum, par le siège gastrique de l'anastomose, mais prouvé expérimentalement, et prévisible d'ailleurs par la réalité du reflux du contenu gastrique dans la cavité vésiculaire.

2° Si la pancréatite chronique était une lésion ci-

catricielle, définitive, incurable, l'anastomose de la vésicule avec l'estomac trouverait dans les rétentions biliaires qu'elle détermine, sa plus formelle indication. Mais nous avons vu que, souvent, l'obstacle élevé sur les voies biliaires était susceptible de résolution et que, ainsi, la cholécystogastrostomie devait joindre à ces qualités dérivatrices, celles d'une opération de *drainage biliaire*.

Or, l'incontinence de la fistule, condition essentielle du drainage, n'existait que chez deux des six opérés que nous avons étudiés avec notre ami J. Barbier par la méthode du tubage gastro-duodénal : la vésicule se vidait comme un tonneau percé; l'estomac contenait en permanence une bile presque pure. Dans trois autres cas, il ne s'agissait plus d'un drainage, mais de l'établissement du jeu normal de l'excrétion biliaire au niveau de la bouche anastomotique. Chez un sixième malade, l'orifice cholécystogastrique ne fonctionnait plus.

Parfois, la cholécystogastrostomie réalise donc un drainage biliaire, parfois elle excrète de façon intermittente la bile, parfois elle s'oblitére : il peut sembler logique d'admettre que l'anastomose créée parcourt successivement ces différentes étapes fonctionnelles, et que, toujours, sans doute, existe une première période incontinente. Nous le croyons, mais nous ne pensons pas que les quelques faits que nous avons apportés — suffisants pour affirmer la réalité des occlusions intermittentes ou permanentes — soient susceptibles de fixer ce point précis dont l'intérêt est capital.

De nouvelles et plus importantes recherches peuvent seules trancher ce problème, dire combien de temps reste incontinent une fistule cholécystogastrique et quel rôle jouent dans cette évolution fonctionnelle le calibre de l'orifice anastomotique, la présence d'un agent d'approximation (bouton de Jaboulay).

Il convient donc, jusqu'à plus ample informé, de *ne pas considérer la cholécystogastrostomie comme une opération certaine de drainage biliaire*.

3° La *cholécystostomie* présente souvent, elle aussi, succédant à la dérivation large des premiers jours, une phase d'*évacuation intermittente* de la bile et semble se prêter ainsi aux mêmes reproches que l'anastomose. Il n'en est rien, car l'évolution fonctionnelle d'une fistule biliaire cutanée se fait au grand jour, sous les yeux même du chirurgien, qui la surveille et, dans une certaine mesure, peut agir directement sur elle. La surveillance bactériologique de la fistule permet de vérifier d'abord les résultats obtenus et peut dire s'il convient d'entretenir ou non de façon permanente le drainage ; et si la cholécystostomie se ferme prématurément, une manœuvre bien simple suffira à la rouvrir. La fistule cholécystogastrique est, au contraire, abandonnée à elle-même, sa modalité fonctionnelle ne peut être connue qu'à l'aide de méthodes assez complexes, sa perméabilité ne peut être rétablie que grâce à une nouvelle laparotomie.

4° La pancréatite chronique, la lésion vésiculaire, le cas échéant, ne peuvent donc être guéries de façon certaine par la cholécystogastrostomie. Et, *souvent*,

l'anastomose apportera même dans la vésicule les germes d'une infection ascendante. Si l'infection des voies biliaires est rare, l'ascension microbienne, limitée à la seule cavité vésiculaire, est généralement admise. Depuis les recherches de Masse, on donne comme le meilleur moyen de l'éviter, la réduction du calibre de l'orifice anastomotique, mais facteur important, semble-t-il, de l'oblitération intermittente ou permanente de la fistule.

Notre maître, M. le D^r Cotte a préconisé récemment la cholécystogastrostomie dans le traitement de certaines crises douloureuses vésiculaires, mais sans vouloir s'adresser à des lésions infectieuses : il a caractérisé nettement les faits auxquels il s'adressait dans la communication qu'il fit le 2 mai dernier, à la Société de Chirurgie de Paris : « Il semble que, dans bien des cas, dit-il, l'infection ne joue qu'un faible rôle dans la production des accidents ».

Au cours de l'intéressante discussion qui suivit cette communication, Lecène apporta un fait qu'il nous faut particulièrement retenir : il cite le cas d'une malade à qui avait été faite, sans qu'aucune lésion n'ait été constatée, une cholécystogastrostomie : « La malade, non seulement n'a pas été améliorée, mais son état s'était même aggravé... Je supprimai l'anastomose cholécystogastrique et je terminai par une cholécystectomie. Depuis lors, la malade est restée guérie. Des cultures de bile vésiculaire m'ont donné un entérocoque encore virulent : il existait des lésions pariétales légères, inflammatoires de la vésicule. » Et il concluait que l'anastomose d'une vésicule avec le

tube digestif comporte toujours un risque d'infection des voies biliaires, dont il faut tenir le plus grand compte.

b) Résultats des anastomoses biliaires dans les pancréatites chroniques avec ictère

Avant 1917, sauf un cas de Kehr, toutes les anastomoses pratiquées pour des lésions inflammatoires du pancréas sont représentées par 15 cholécysto-entérostomies.

1° Anastomoses jéjunales.

1) Excellent résultat éloigné.

OBS. 108. MAYO-ROBSON, 1904. — F., 49 ans, chez qui, trois ans auparavant, on avait enlevé deux calculs de la vésicule. Elle n'avait jamais été libre d'ictère depuis l'opération. Fréquents vomissements. Emaciation. Prurit. Douleur vésiculaire.

Intervention. Adhérences nombreuses. Pancréas très gros. Cholécystentérostomie.

Suites opératoires : reprise progressive de la santé. État parfait six ans après.

OBS. 31, THOMSON, 1911 (page 72).

OBS. 109, THOMSON, 1911. — H., 35 ans, entré le 16 février 1908. Il y a deux mois, indigestions, douleurs dans l'épigastre et la région vésiculaire. Vomissements, diarrhée et bientôt s'installe l'ictère (selles faiblement colorées), qui, depuis, s'est un peu amélioré. Les crises douloureuses sont restées très sévères, siègent au-dessus et à droite de l'ombilic et s'irradient dans le dos. Contracture de la partie supérieure de l'abdomen, surtout à droite. Vésicule perçue. Le 19 février, l'ictère s'accroît.

Intervention. Grosse vésicule. Pas de calculs, non plus que dans les voies biliaires ou la papille. Tête du pancréas grosse et dure et paraissant carcinomateuse. Un petit fragment est excisé et montre, seulement, un pancréas enflammé. Pas de calcul à la palpation du pancréas. Anastomose entre le fond de la vésicule et le jejunum, environ à 9 pouces de l'angle duodénojejunal. L'ouverture fut faite aussi large que possible et à trois rangs de sutures.

Suites opératoires. Guérison ininterrompue. Le sujet n'eut plus de crises douloureuses et la jaunisse disparut bientôt. Rapidement reprise de poids et départ de l'hôpital le 13 mars 1908. Depuis, il a travaillé constamment. Le 10 mai 1910, il est vu en excellente santé. Il n'a eu ni douleur ni indigestion depuis l'opération.

2) Absence de résultats éloignés.

OBS. 110, BOBROW (Melkich), 1902. — F., 38 ans. Depuis décembre 1899, ictère chronique avec amélioration passagères.

Intervention (février 1901). Hydropisie de la vésicule. Cholédoque imperméable dans sa partie terminale. Dans la tête du pancréas, tumeur grosse comme une noisette, Adhérences. Cholécystojéjunostomie.

Suites opératoires. En août, la malade se porte bien. L'ictère a disparu.

3) Persistance de crises douloureuses.

OBS. 111, MAYO-ROBSON, 1904 (5). — H., 56 ans, douleur et ictère intermittent pendant un an; augmentation de l'ictère et fièvre après chaque crise douloureuse. Vésicule distendue.

Intervention le 27 août 1895. Pas de calculs; trois onces de liquide teinté de sang furent enlevées de la vésicule. Tête du pancréas tuméfiée et dure. Cholécystentérostomie.

Suites opératoires. Deux ans plus tard, le malade avait gagné du poids après l'opération et avait toujours travaillé depuis, il avait eu des crises douloureuses de temps en temps suivies de léger ictère.

OBS. 112, GIBSON, 1902. — F., 30 ans, entrée le 20 août 1901, crise péritonéale à la suite de laquelle elle souffrit plusieurs années. Début il y a quatre semaines par douleurs épigastriques et vomissements. Ictère foncé, peu après. Vésicule modérément grossie. Sous anesthésie, large tumeur transversale au-dessous de l'ombilic.

Intervention. — Pas de calculs. Pancréas symétriquement hypertrophié dans toute son étendue. Anastomose de la vésicule avec la première portion du jéjunum au bouton de Murphy.

Suites opératoires. Rétablissement en six semaines, mais au cours de la convalescence, crises de vomissements et de douleurs épigastriques.

Examen histologique d'un fragment prélevé au niveau de la tumeur : Pancréatite interstitielle.

4) Cas de mort.

OBS. 21, JEAN, 1919 (page 59).

Dans un autre cas, le décès survenu 24 mois après l'intervention, est dû à une bacilliose pulmonaire, cause vraisemblable de la lésion pancréatique.

OBS. 35, DELORE, 1921 (page 75).

2° *Anastomoses intestinales dont le siège n'a pas été précisé :*

1) Excellent résultat éloigné.

OBS. 113, ZEIDLER, 1910. — H., 45 ans, en mai 1906, violentes douleurs dans la région hépatique et ictère, pendant deux jours, puis le sujet fut très bien portant. En octobre, de nouveau, apparaissent des douleurs qui cessent bientôt et s'installe l'ictère, qui persista jusqu'à l'entrée, au début de février 1907. Pendant ce temps, quatre crises de coliques avec poussées fébriles. Ictère maximum. Aucune douleur. Foie très

hypertrophié, assez dur, mais régulier. L'état général n'est pas mauvais. Diagnostic probable : calcul du cholédoque.

Intervention le 20 février 1907. Vésicule à peine augmentée de volume, saine. Légères adhérences. Pas de cailloux, ni dans la vésicule, ni dans les canaux biliaires. Dilatation moyenne du cholédoque.

La tête du pancréas apparaît un peu épaissie, un peu plus dure que d'ordinaire. Cholécystentérostomie, avec le bouton de Murphy.

Suites opératoires bonnes. Première selle un peu colorée, les suivantes très colorées. Après un mois et demi, le malade est encore très légèrement ictérique. Le bouton est évacué au dix-septième jour. Neuf mois après, guérison maintenue. Aucune douleur, aucune trace d'ictère. Excellente digestion. Actuellement, trois ans et sept mois après l'opération, parfaite santé.

2) Persistance de crises douloureuses.

OBS. 114, LEJARS, 1905. — F., 45 ans, vient pour un ictère datant de trois mois. Très cachectique, amaigrissement extrême. Ictère peu foncé, mais matières décolorées. Induration profonde mal limitée dans la région sous-hépatique. Hypothèse probable : cancer. La malade était si déprimée que j'hésitais d'abord à l'opérer.

Première intervention. Vésicule assez petite, peu remplie ne contenant aucune concrétion. Pas de calculs dans les voies biliaires principales. Tête du pancréas volumineuse, non bosselée, enveloppée d'adhérences multiples rendant toute exploration difficile. L'état de la malade nécessita la fin immédiate de l'opération.

Suites opératoires : Amélioration générale contre toute attente.

Deuxième intervention : Trois semaines après (juillet). Cholécystentérostomie.

Suites opératoires : En octobre, l'opérée était dans un état méconnaissable. Elle avait engraisé, ne souffrait plus, n'avait plus d'ictère depuis quelques semaines. La tuméfaction profonde n'était plus perceptible. « C'était une résurrection

véritable. » Puis, au bout de deux ans, reviennent les troubles digestifs, par crises, à début brusque, souvent accompagnés de frissons et de fièvre : « La cholécystentérostomie n'avait pas guéri de façon définitive la pancréatite chronique, mais en tous cas elle l'avait enrayée pendant une longue période ».

3) Mort post-opératoire.

OBS. 1, KÖRTE (p. 29).

3° Anastomoses duodénales.

1) Excellent résultat éloigné.

OBS. 28, BARLING (page 69).

OBS. 115, RIEDEL, 1896. — H., 62 ans, entré le 5 août 1893. Le malade, très robuste, est pris brusquement, en juillet 1892, de coliques hépatiques avec ictère; depuis, plusieurs autres crises toujours avec ictère, que finit par devenir intense et permanent.

Malade d'aspect cachectique, bord inférieur du foie débordant l'arc costal de la largeur de la main, dur, régulier, selles décolorées.

Intervention le 8 août 1893, un foie sans nodules, mais présentant à sa surface de nombreuses taches blanches, blanc jaunâtre, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois.

Vésicule grosse, sans adhérences. Elle renferme un gros calcul unique. Cystique et cholédoque extraordinairement dilatés, renfermant une bile sombre et pas de calculs.

Dans la tête du pancréas, tumeur dure comme du fer, du volume d'une petite pomme, et dont on fait, avec certitude, un carcinome.

Cholécystentérostomie, précédée de cholécystostomie préalable avec issue du calcul et de la bile et de dissection des adhérences qui unissent normalement la vésicule au foie,

Elle est abouchée dans le duodénum, à 5 centimètres au-dessous de l'ampoule.

Suites opératoires : normales, disparition progressive de l'ictère en quatre semaines, recoloration des matières.

Le malade se remet vite; et deux ans et quatre mois après l'opération, la guérison est parfaite. Jamais la tumeur n'avait été perceptible.

On peut encore ajouter à ces cas une observation de cystico-duodénostomie (Fullerton, Obs. 101).

2) Mort.

OBS. 116, CARLE (Massobrio), 1923. — H., 35 ans, entré en novembre 1908. Depuis un an, troubles dyspeptiques, quelques douleurs épigastriques indépendantes de l'alimentation. Depuis le 6 mai, véritables coliques, s'irradiant à gauche, mais jamais très intenses. Ictère insidieux, progressif, actuellement très accentué. Jamais de fièvre. Au niveau de l'épigastre, tuméfaction transversale, profonde, peu douloureuse et immobile. Foie débordant de deux doigts le rebord costal. Vésicule distendue, non douloureuse. Facies décoloré.

Intervention. Grosse vésicule à parois presque normales, sans calculs. Cholédoque libre, mais dilaté. Près de son extrémité inférieure, tumeur de la grosseur d'une noix, d'ailleurs toute la tête du pancréas est grosse et bosselée de mamelons très durs et irréguliers. Cholécysto-duodénostomie à la suture.

Suites opératoires. Au quatrième jour, hémorragies intestinales et buccales. Mort.

Autopsie : Anastomose parfaite. On ne trouve pas de calculs. On vérifie que le cholédoque était comprimé par un noyau dur, développé au voisinage de la papille, Pas de ganglions.

Examen histologique. Dans toutes les préparations (fragments de la tête du pancréas et du noyau péricholédocien), lésions typiques de pancréatite chronique avec sclérose inter et intra-lobulaire et péri-canaliculaire. Le tissu conjonctif se

substitue en certains points au parenchyme glandulaire, avec ça et là zones nécrotiques.

OBS. 18, ARNSPERGER, 1904 (page 57).

4° *Cholécystogastrostomies.*

1) Excellents résultats éloignés.

OBS. 105, VILLARD (p. 193).

OBS. 107, COTTE (p. 201).

OBS. 103, Ch. S. WHITE (p. 185).

Dans ce dernier cas, la preuve de la guérison de la pancréatite a été faite par l'exploration chimique de la bouche anastomosique ; elle a été faite dans les six observations suivantes, par une guérison maintenue respectivement : 6 ans et 8 mois, 4 ans et 6 mois, 4 ans et 5 mois, 3 ans, 30 et 17 mois.

OBS. 117, M. le D^r DELORE, 1921 (complétée en janvier 1925). — H., 60 ans, non syphilitique, troubles digestifs depuis dix mois, depuis cinq mois, ictère prononcé, mais soumis à de légères variations. La température est normale, mais l'interrogatoire semble révéler l'existence de crises fébriles. Le malade a maigri et perd ses forces. A l'examen: foie irrégulier, volumineux; vésicule distendue. Le diagnostic est hésitant entre calcul du cholédoque et cancer du pancréas.

Intervention le 1^{er} juin 1918. Laparotomie oblique sous-costale droite. On trouve une vésicule énorme dont les parois sont épaissies, non adhérentes: le foie est gros, cirrhotique, et son bord inférieur descend très bas, au point que l'exploration du cholédoque est très difficile. L'état général, d'autre part, contre-indique des manipulations prolongées et le volume du foie, la friabilité de son parenchyme, empêchent de l'attirer facilement au dehors. On est donc contraint de

se contenter d'une exploration digitale des voies biliaires, principales. Elle ne révèle qu'une légère induration au niveau de la tête du pancréas, mais on ne sent pas de calculs dans le cholédoque.

La vésicule est ouverte: elle contient de la boue biliaire et quelques petits calculs qu'on enlève. On termine par une cholécystogastrostomie avec deux plans de suture au catgut.

Les *suites opératoires* furent des plus simples. L'ictère et le prurit disparurent rapidement. Deux mois après, le malade pouvait reprendre sa profession, qu'il n'a pas cessé d'exercer depuis lors. En juin 1921, soit trois ans après l'opération, ce malade jouit d'une santé parfaite.

Il est revu en janvier 1925, présentant alors une tumeur maligne de la base de la langue. Les troubles digestifs n'ont jamais reparu, de même que l'ictère. Il est en traitement au centre anti-cancéreux (Professeur Bérard).

OBS. 118, DOWNES, 1923. — Diagnostic préparatoire : obstruction cholédocienne probablement par calcul.

Intervention. Vésicule et cholédoque très distendus, mais sans calcul. Pancréas moyennement hypertrophié, nodulaire et entièrement dur, comme une pierre. Diagnostic : cancer du pancréas. Cholécystogastrostomie.

Suites opératoires : le malade a fait une guérison ininterrompue, la jaunisse a disparu entièrement en trois semaines et actuellement, quatre ans et demi après l'intervention, excellente santé. Il s'agit évidemment d'une pancréatite chronique.

OBS. 119, M. le Prof. PATEL (inédite). — F., 54 ans, envoyée pour un ictère par le D^r Bonnamour.

A 18 ans, fièvre typhoïde grave, pas de complications digestives, convalescence longue. A 25 ans, hospitalisée à nouveau, pour « congestion du foie ». Le foie était augmenté de volume, mais sans douleurs et sans ictère. Puis, bonne santé. A 40 ans, coliques hépatiques, douleur violente dans la région sous-hépatique, mais pas d'ictère ni de fièvre. Cette affection a duré un mois environ et depuis, elle ne ressent plus que quelques troubles digestifs consistant

essentiellement en ballonnement après les repas, constipation, douleurs vagues localisées dans la région hépatique, quelques vomissements.

L'affection actuelle a été précédée d'une faiblesse empêchant tout travail. Puis l'état s'est aggravé sans que la malade éprouve de vraies douleurs et les téguments sont devenus jaunes depuis 15 jours environ. Elle ne peut préciser si les matières ont été décolorées. Depuis longtemps, elle ne mange pas de viande et ne digère pas les graisses. L'ictère a été nettement progressif.

A l'entrée, urines assez claires (réaction de Gmelin positive). Matières décolorées. Température 38°-39°.

Dans l'hypochondre droit, masse arrondie dont le bord inférieur descend à un travers de doigt de la ligne ombilicale ballotant nettement et se continuant sans interruption avec le foie qui est abaissé. Cette grosse vésicule est légèrement douloureuse. Point douloureux plus fixe à deux travers de doigt à droite de l'ombilic avec irradiations douloureuses dans la fosse iliaque et le triangle de Scarpa. Le creux épigastrique est légèrement dilaté et occupé par le lobe gauche du foie un peu dur et abaissé. On ne sent pas la rate. Température 38°.

Intervention le 9 septembre, Incision de Rio Branco. On découvre toute la région sous-hépatique. Le cholédoque est facilement visible. On ne constate rien à son intérieur dans sa portion sus-duodénale. Décollement du duodénum. On perçoit la tête du pancréas qui est indurée. Il est impossible de dire s'il s'agit d'une pancréatite chronique ou d'un néoplasme de la tête. Un ganglion a été enlevé dans la région sous-hépatique. Il n'a pas un aspect particulièrement néoplasique. On se décide à faire une cholécysto-gastrotomie à la suture. Suture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires excellentes. Disparition rapide de l'ictère, reprise des forces et de l'appétit.

La malade est vue le 24 février 1925 en excellente santé. N'a jamais souffert, jamais présenté d'ictère, digère parfaitement, a repris du poids et se considère comme si bien portante qu'elle se refuse à tout examen complémentaire.

OBS. 120, M. le Docteur ALAMARTINE (inédite). — H, 42 ans, né à Constantinople, habite Salonique depuis 20 ans. On retrouve dans ses antécédents, paludisme, dysenterie et syphilis certaine. Il a subi pour des gommes cutanées un traitement spécifique.

Le malade est vu en janvier 1917 pour un ictère chronique. L'affection actuelle remonte à 6 mois. On a d'abord fait le diagnostic d'ictère catarrhal, puis on a pensé à un calcul du cholédoque. On note un grand amaigrissement, de l'ictère typique par rétention et qui a présenté des variations, une température subfébrile montant à 38°2 au maximum. Le foie est un peu gros. Analyse des urines : urée 20 grammes par 24 heures. On confirme le diagnostic d'obstruction calculeuse du cholédoque.

Intervention le 3 janvier 1917. Incision parallèle au rebord costal. La vésicule est distendue, un peu épaisse, sans calcul. L'exploration par la palpation des voies biliaires est négative. La tête du pancréas est volumineuse, uniformément dure. On pense qu'elle est le siège d'une dégénérescence néoplasique.

Cholécysto-gastrotomie à la suture à deux plans, sans difficultés.

Suites opératoires, sont d'abord très pénibles, l'opéré, qui a été endormi à l'éther, a une congestion pulmonaire bilatérale avec 39°-40°. Pas de complication locale. Au quinzième jour, l'ictère est presque complètement disparu. Le malade reprend son appétit et s'alimente normalement.

A la fin du mois d'avril 1917, l'opéré a repris 5 kilos, n'a pas présenté d'ictère, a un état général excellent. Le malade est suivi presque journellement jusqu'en mai 1919 : la guérison s'est maintenue complète. Les dernières nouvelles données par lettre datent de *fin janvier* 1920. L'état était toujours excellent. Depuis cette date, deux lettres sont restées sans réponse.

OBS. 121, COTTE, 1923 (2), 1925 (2). — Jeune femme de 19 ans, qui avait accouché le 5 juillet 1922, à la clinique obstétricale. Dans les suites de couches, elle ressentit brusque-

ment une violente douleur dans la fosse iliaque droite, qui avait fait penser à une appendicite. Appelée à voir cette malade le lendemain de sa crise, j'avais éliminé ce diagnostic; mais, devant la persistance des accidents, la malade fut envoyée à la clinique gynécologique, le 27 juillet 1922, aux fins d'une observation plus complète. A ce moment, elle présentait à différentes reprises des douleurs dans la fosse iliaque droite avec de grands accès fébriles et de la polyurie trouble. C'était le rein droit qui était en cause. La malade fut donc soumise à la vaccinothérapie et mon interne, M. Richer, fit le cathétérisme des uretères. Mais ni le cathétérisme, ni la radiographie ne montrèrent la moindre lésion du rein. Quoi qu'il en soit, à la fin août, la malade ne présentait plus aucun trouble et elle partit en convalescence. Cependant, huit jours après, elle rentrait dans le service, parce qu'elle présentait à nouveau des douleurs, de la fièvre et de l'ictère. Celui-ci était apparu deux jours auparavant et avait été précédé de violentes coliques intestinales. Etant donné ces différents troubles, je pensais qu'il s'agissait d'un ictère infectieux banal et j'adressais la malade à mon ami, le Dr Savy, qui me la renvoya, un mois plus tard, pour intervenir, car il pensait à une lithiasé du cholédoque. Et, en effet, au moment où cette malade commençait à aller bien, elle eut le 4 octobre, une nouvelle crise de coliques hépatiques, avec douleur spontanée et provoquée au niveau de la région cholédocienne, frissons, température 38°2 (en dehors de l'accès). Ces troubles, survenus alors que l'ictère avait précédemment disparu assez brusquement, semblaient bien en faveur de la lithiasé.

Intervention, faite le 17 octobre 1922 : montra seulement une vésicule très distendue sans calculs. Le cholédoque paraissait libre dans toute son étendue; la tête du pancréas était légèrement indurée. Au niveau du hile et dans la portion verticale du petit épiploon, on trouvait quelques ganglions nettement augmentés de volume, probablement secondaires à l'inflammation des voies biliaires. Cholécysto-gastrostomie à la suture.

Suites opératoires excessivement simples; mais, au moment où la malade commençait à se lever, elle refit une poussée de pyélonéphrite avec polyurie trouble et grand accès fébrile.

Revue à ce moment, la malade déclara que la douleur qu'elle ressentait était toute différente de celle qu'elle avait avant son opération. Il y avait donc bien eu chez elle coexistence de la pyélonéphrite et d'angiocholite. Celle-ci étant maintenant hors de cause, la malade fut envoyée dans le service de M. le Professeur Rochet, d'où elle sortie guérie au mois de février 1923. Le nouvel examen d'ailleurs, resta complètement négatif, de même que l'inoculation au cobaye. Revue au début du mois de mars, la malade ne souffrait plus de l'estomac ni du foie. J'ai pu avoir de ses nouvelles tout récemment et j'ai appris qu'elle était restée guérie. (22 avril 1925.)

OBS. 122, M. le Docteur DELORE (inédite). — F., 58 ans, adressée par le Docteur Lépine.

Depuis quatre mois, présente un ictère avec température vespérale de 38° environ. En outre, de temps à autre, tous les huit ou dix jours environ, grands frissons avec température montant à 40°.

Intervention le 7 novembre 1923. Laparotomie oblique sous-costale droite, avec section du droit. La vésicule est énorme, très épaissie et contient une bile épaisse avec deux petits calculs. On ne sent aucun calcul dans le cholédoque, par contre, la tête du pancréas est augmentée de volume et très indurée. En outre, sur le fond de la vésicule, on trouve une grosse plaque blanchâtre.

Cholécysto-gastrostomie à deux plans de suture au catgut, renforcée en avant par un lambeau épiploïque; suture de la paroi en laissant un drain sous le foie. La région vésiculaire a été séparée du reste du péritoine par un cloisonnement sous-hépatique.

Suites simples. Guérison maintenue en mars 1925.

2) Pas de résultats éloignés.

OBS. 123, KEHR, 1909. — F., 24 ans. Depuis quatre ans, ictère, sans douleur. Prurit et grande cachexie. Fréquentes épistaxis. A l'entrée, le 17 octobre 1908, ictère intense. Foie non augmenté de volume. Très nette tuméfaction vésiculaire. Diagnostic : pancréatite.

Intervention le 21 octobre 1908. Grosse vésicule, très flasque. Dans la profondeur, adhérences au niveau du cholédoque. Tête du pancréas dure. Cholécysto-gastrostomie.

Suites opératoires normales. Le 2 novembre, ablation des fils. Guérison. Les selles progressivement se colorent. Le 9 novembre, guérison, départ. L'ictère est en régression et les couleurs blanches reparaissent par places sur les téguments.

3) Persistance de douleurs ou de troubles digestifs.

OBS. 104, SANTY (p. 190).

OBS. 106, TIXIER (p. 197).

OBS. 124, M. le Docteur AIGROT (inédite). — H., 55 ans, Italien, s'exprimant difficilement en français, vient pour un ictère chronique progressif datant de quatre mois. Les téguments ont une teinte bronzée, le foie dépasse les fausses côtes de trois doigts. On sent la vésicule. Pas de température. En raison de la durée de l'ictère et de l'état général, qui n'est pas très mauvais, car le pouls n'est pas accéléré (plutôt ralenti), on décide d'intervenir.

Intervention le 20 août 1923. Anesthésie générale à l'éther. Incision parallèle aux fausses côtes : on aperçoit la vésicule, grosse comme une aubergine, le cholédoque est gros comme le pouce et l'obstacle siège à la tête du pancréas, qui est très mamelonnée, indurée avec une tumeur du volume du poing.

On pratique une cholécysto-gastrostomie sur l'antrum pylorique, en trois plans, au catgut. Dès que le plan séreux est fait, il suinte de la bile, avant que la cavité vésiculaire ne soit ouverte : infiltration œdémateuse sous-séreuse. La suture finie paraît bien étanche. Durée : 40 minutes.

Suites opératoires sans incidents. L'ictère disparaît progressivement et en trois semaines le malade a complètement déjàuni, il s'alimente bien, ses selles se recolorent et il engraisse, contre toute attente, car le diagnostic de cancer du pancréas avait été posé.

Revu successivement, tous les trois mois, depuis; en dé-

cembre 1924, toujours en bonne santé, avec une augmentation de poids qui ne s'est pas démentie. Il se plaint actuellement de quelques douleurs, type fulgurant, au niveau du thorax. A été soumis à un traitement spécifique.

On a examiné radioscopiquement, un an après, l'estomac, qui ne présente rien de particulier dans son fonctionnement.

4) Mort par l'évolution de l'affection pancréatique.

OBS. 125, M. le Docteur DELORE et M. le Docteur SAVY (inédite). — H., 51 ans, entré à l'hôpital pour un ictère chronique progressif.

Pas d'antécédents héréditaires pathologiques. Personnellement n'eut dans l'enfance qu'une fluxion de poitrine, à 11 ans. Pas de signes de bacillose infantile. A 20 ans, bronchite; depuis, tousse tous les hivers. Pas d'hémoptysies, pas de pleurésie. Ni rhumatisme, ni paludisme, ni syphilis. Marié, femme morte de bacillose, 2 enfants en bonne santé, deux autres morts en bas âge.

N'avait jamais souffert de l'estomac, n'avait jamais eu d'ictère, digérait normalement tous les aliments, buvait un litre de vin en moyenne par jour, ni alcool, ni apéritifs.

Depuis huit mois, quelques troubles : digestions pénibles, lentes, avec régurgitations acides, perte de l'appétit, léger amaigrissement, mais ces troubles encore peu marqués n'inquiétaient pas le malade.

Il y a un mois, apparition de l'ictère d'abord localisé aux conjonctives, puis généralisé et se fonçant progressivement sans périodes d'amélioration. Actuellement, teinte ictérique très accentuée. Prurit peu intense. Les urines sont rouges acajou. Depuis une quinzaine de jours, le malade a présenté quelques vomissements alimentaires. Jamais de température. Cachexie très marquée. Amaigrissement plus accentué depuis 15 jours. Le malade a suspendu seulement à cette date son travail.

Abdomen non douloureux, tendu, résistant. Aucun point douloureux. Aucune tuméfaction. Pas d'ascite. Toucher rectal négatif.

Examen radioscopique le 18 août 1923. Lacune très nette de la partie moyenne de l'estomac faisant penser à un néoplasme. Compression probable du cholédoque par un ganglion néoplasique.

Première intervention le 23 août 1923. Laparotomie oblique sous-costale droite. Le foie est gros, gris pommelé. La vésicule est énorme et descend jusque dans la fosse iliaque. L'exploration montre une induration située immédiatement en arrière de l'antra pylorique. L'estomac n'est ni épaissi, ni dilaté. On pense qu'il s'agit d'un cancer de la tête du pancréas. Cholécysto-gastrostomie à trois plans de suture. La vésicule contient du liquide filant, noir et comme du verre fondu. Pas de calculs.

Suites opératoires normales. Le malade quitte l'hôpital le 5 septembre 1923. L'ictère disparaît. Les urines redeviennent claires. Amélioration de deux ou trois mois pendant lesquels le malade peut manger, mais en continuant cependant à vomir fréquemment. Au bout de trois mois, les vomissements s'accroissent, le malade souffre : sensation de pesanteur douloureuse commençant deux heures après les repas, durant jusqu'au repas suivant, soulagé par les vomissements.

Deuxième intervention le 18 février 1924. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Il s'agit d'un grand estomac épaissi comme dans une sténose pylorique. L'exploration minutieuse du pylore est difficile en raison de l'intervention précédente. Celle du pancréas montre toujours une induration, un aspect mamelonné, rappelant celui des tumeurs mixtes de la parotide. Diffuse, la tuméfaction se continue le long du corps jusqu'à la queue ; on prélève un fragment en pleine tumeur pour l'examen bactériologique. Gastro-entérostomie à trois plans à la suture.

Suites opératoires. Depuis l'opération, le malade mange à nouveau, mais en très petites quantités et il continue à souffrir de l'abdomen et des reins. Le malade passe salle J. Courmont (service de M. le D^r Savy).

Examen à l'entrée. Teint non ictérique, mais jaunâtre. Amaigrissement de 9 kilos en 1 mois et demi.

Abdomen distendu, très météorisé, éventration au niveau

de la première cicatrice opératoire. Météorisme et douleur un peu diffuse qui font contracter la paroi et empêchent de percevoir nettement les organes abdominaux. On ne sent pas de masse bien nette. Pas d'ascite.

Dans toute l'étendue des deux poumons, ronchus et sibilances. Foyer congestif de la base droite en arrière. Appareil cardio-vasculaire normal. Système nerveux : réflexes pupillaires normaux; réflexes rotuliens absents, ce qui peut être expliqué par l'œdème des jambes, œdème constatable aux malléoles et à la face interne des cuisses. Pas de température, pouls à 80.

Le malade meurt le 4 avril 1924.

Autopsie le 6 avril. Après éviscération, on ne constate rien d'anormal au niveau des poumons, si ce n'est quelques adhérences aux bases, surtout à gauche, et une légère congestion des deux bases. Le cœur, les reins, les surrénales, la rate sont sains.

Le foie (1.250 gr.) est gros, ne présente pas de noyaux de généralisation à la coupe, mais simplement des conduits biliaires dilatés et béants. Volumineuse poche de pus; abcès sous-phénique gauche. Le diaphragme est, à ce niveau, mince, peu musculaire et bombant dans la cage thoracique.

La région gastro-pancréatique est obscurcie par de nombreuses adhérences. Cependant, on arrive à disséquer la vésicule abouchée à l'estomac. L'ouverture est large, perméable. Le pylore, la bouche de la gastroentérostomie sont perméables. L'estomac, notamment la région pylorique, sont indemnes de toute lésion néoplasique.

Au niveau de la tête du pancréas volumineuse tumeur de la grosseur d'une petite mandarine qui comprimait le duodénum.

Le corps et la queue sont indemnes.

Il ne s'agit pas d'une tumeur de l'ampoule de Vater, car on peut suivre et couper sur la sonde la totalité du cholédoque. La masse présente à la coupe une série de petites cavités remplies de pus : abcès de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une noisette.

Le compte rendu de l'examen histologique du fragment prélevé (D^r Joseph F. Martin) a été donné en détails page 39.

Il conclut à une pancréatite interstitielle avec lésions inflammatoires anciennes et récentes, intégrité des éléments sécréteurs comme des canaux d'excrétion, ce qui élimine la possibilité d'une sclérose secondaire à l'oblitération des canaux pancréatiques par un néoplasme, par exemple.

*
* *

La lecture de ces observations confirme, d'une façon frappante, l'incontestable supériorité de la cholécystogastrostomie sur les anastomoses de la vésicule avec l'intestin. Aussi, ne devons-nous chercher à interpréter que les résultats de l'opération gastrique: le facteur infection ascendante est réduit au minimum et l'action de l'anastomose sur les lésions pancréatiques se dégage le plus nettement; 14 fois fut faite la cholécystogastrostomie.

Or, sur 13 cas suivis assez longtemps, plusieurs années en général, nous avons noté 9 guérisons parfaites, 3 résultats très intéressants, mais imparfaits, des crises douloureuses ou des troubles digestifs ayant manifesté la persistance de l'inflammation pancréatique; enfin 1 cas où cette infection résiduelle, loin de guérir, entraîna une suppuration massive de la tête pancréatique et une suppuration sous-phrénique, signe de la cellulite profonde qui, toujours, s'associe à l'inflammation du pancréas.

Dans 10 observations sur 14, la vésicule avait été trouvée saine: même pratiquée dans des conditions très favorables, l'anastomose n'a pas fait mieux et a donné moins de sécurité que la cholécystostomie dans des cas souvent désespérés.

La cholécystogastrostomie, intervention parfaite dans les obstacles définitifs élevés sur le cours de la bile, ne peut prétendre, comme il fallait le prévoir, à devenir l'opération de choix dans les pancréatites chroniques avec ictère.

CHAPITRE V

Indications opératoires

On peut dire que, sauf dans quelques circonstances exceptionnelles, le traitement des pancréatites chroniques avec ictère se résume dans les trois opérations suivantes : cholécystostomie, drainage de la voie biliaire principale, cholécystogastrostomie.

En général, ces deux dernières interventions ont été pratiquées dans des cas choisis. La cholécystostomie fut réservée aux malades le plus gravement atteints et souvent jugés incapables de supporter une opération plus complexe ; le drainage du cholédoque et la cholécystogastrostomie se partagèrent les autres malades, suivant la doctrine du chirurgien, les hésitations du diagnostic et l'état de la vésicule biliaire.

L'opération de Kehr nous paraît devoir être indiquée lorsque :

1° Toute autre opération semble rendue impossible par l'intensité des lésions vésiculaires (rétraction

extrême, friabilité des parois, oblitération du cystique...) ;

2° Il existe une infection manifeste de la voie biliaire principale ;

3° A ces deux indications se trouve souvent associée une troisième, qui peut exister isolément et est faite de la nécessité d'une cholédocotomie exploratrice.

4° En dehors de ces cas, où l'indication est formelle, le drainage de la voie biliaire principale peut être pratiqué lorsque les lésions de cholécystite chronique semblent justiciables d'une opération radicale, mais seulement lorsque les deux conditions suivantes sont réalisées :

1) Le diagnostic de cancer peut être éliminé ;

2) Le malade est jugé capable de supporter cette opération plus complexe.

Nous croyons qu'aller plus loin et proposer systématiquement le drainage de la voie biliaire principale revient à méconnaître la fréquente curabilité de la pancréatite chronique par des opérations plus simples exclusivement vésiculaires.

La cholécystogastrostomie est formellement indiquée lorsque le diagnostic de pancréatite chronique ne repose pas sur des bases évidentes, lorsqu'après enquête clinique complète, exploration minutieuse et discussion de ces deux ordres de renseignements, l'hypothèse de cancer semble la plus probable.

Et l'on n'hésitera pas alors, si l'état général du patient le permet, à pratiquer cette belle opération ; car ce sont justement ces cas que l'anastomose pourra

le mieux guérir, puisque l'élément inflammatoire est réduit au minimum et la vésicule est saine.

Outre cette indication formelle, nous ne voyons pas d'autres indications à la cholécystogastrostomie *primitive*, que les faits très rares de sclérose atrophique de la tête du pancréas, lésion véritablement cicatricielle, qui laisse bien aléatoire la possibilité d'une rétrocession et le retour de la perméabilité cholédocienne.

Dans tous les autres cas, la *cholécystostomie* apparaît au contraire comme *l'opération de choix*, l'opération-type à opposer à la tumeur inflammatoire de la tête du pancréas. Mayo-Robson avait, au début de ses publications, insisté sur cette notion. Deaver l'a reprise récemment, et notre maître, M. le Professeur Bérard, estime que, dans un grand nombre de cas, le drainage établi par une fistulisation vésiculaire maintenue trois ou quatre semaines, permettra la résorption de la tuméfaction pancréatique et le rétablissement du mode normal de l'excrétion biliaire. Faite systématiquement, et non plus comme une intervention de pis-aller, la cholécystostomie donnera un bien meilleur pourcentage encore de guérisons rapides.

Elle donne, en effet, les résultats suivants

1° Elle lève immédiatement et, avec les risques minima, l'obstruction biliaire ;

2° Elle guérit le plus souvent de façon très rapide la lésion pancréatique ;

— 3° Elle exerce un heureux effet sur les lésions de cholécystite associée ;

4° Enfin, elle permet de surveiller étroitement l'évolution de la maladie abandonnée trop souvent à elle-même, par une anastomose biliaire.

Cette surveillance de la fistule doit être faite non seulement cliniquement, mais bactériologiquement — un premier prélèvement devant être fait au cours même de l'opération.

Si la fistule tarde à se fermer, trois éventualités sont possibles :

1) La fistule est réduite au bout d'un mois à l'état de fistulette biliaire très incomplète. Les selles sont colorées, l'état général s'améliore nettement, le malade ne souffre pas, n'a pas de température ; la bile est stérile ou ne présente que des germes de contamination : c'est l'indication d'une opération plastique souvent minime.

2) La fistule, au contraire, est restée totale, ou bien encore très importante, et ne tend pas à se fermer. Les lésions vésiculaires étaient peu marquées, l'état inflammatoire, discret, le diagnostic même un peu douteux. Parfois encore, la fistule se ferme spontanément, mais, immédiatement, alors, apparaissent de nouveaux accidents de rétention biliaire, comme chez le malade dont M. le Docteur Santy nous a confié l'observation. On refait alors une laparotomie ; on note souvent la diminution légère de la tuméfaction pancréatique. Si, à ces éléments s'ajoute la notion d'une bile pratiquement stérile, s'impose la cholécystogastrostomie secondaire, opération encore assez peu difficile, dont nous avons montré (observations 69 et suivantes) les résultats excellents. Il y avait,

dans la lésion du pancréas, deux éléments : un élément inflammatoire, qui a cédé au drainage externe ; un élément cicatriciel, qui exige une dérivation biliaire.

3) La fistule peut enfin rester infectée, ou, au contraire, persister à l'état de fistule muqueuse. Elle correspond à ces cas où l'élément inflammatoire était accentué et les lésions vésiculaires notables. L'opération secondaire sera une cholécystectomie, que l'on complètera, si la fistule est restée totale et la pancréatite, rebelle, par un drainage des voies biliaires. Cette dernière éventualité nous paraît très rare.

En résumé, la cholécystostomie apparaît bien comme la première opération à envisager lorsque l'on diagnostique une pancréatite chronique avec ictère. Ses résultats sont souvent remarquables. C'est en tout cas l'opération la plus simple et celle qui permet la surveillance de l'évolution de l'infection pancréatique vers la résolution, la persistance, ou l'aggravation. Elle guérit d'emblée et très vite, ces formes « catarrhales » d'Owen, qui paraissent bien les plus fréquentes ; elle permet, lorsque le processus cicatriciel est déjà commencé, et qu'alors elle est insuffisante, le traitement secondaire approprié.

En aucun cas, il ne faudra enfin pas oublier que la *syphilis* joue un rôle important dans la production des pancréatites interstitielles avec ictère, et lorsque l'étiologie apparaîtra imprécise, on aura souvent avantage à combiner au traitement chirurgical une thérapeutique spécifique, qu'il y aurait quelque danger

à mettre en œuvre chez un ictérique. Une indication nette de ce traitement complémentaire nous semble être la persistance d'une fistule biliaire, dont la guérison rapide pourrait lui donner la valeur d'un traitement d'épreuve.

CHAPITRE VI

Diagnostic postopératoire

L'exploration chirurgicale n'a bien souvent pas épuisé le problème du diagnostic de la nature d'une tumeur pancréatique. Il reste à confirmer l'hypothèse d'inflammation chronique qui, paraissant légitime, a guidé le choix de l'opération, ou encore à trancher un diagnostic resté hésitant jusqu'au bout. Les éléments qui permettent de différencier au cours des suites opératoires les pancréatites chroniques du cancer ne sont que l'application des deux notions suivantes :

1° *Survie prolongée* avec reprise de l'état général et disparition de tout symptôme.

2° *Résolution de la lésion du pancréas.*

Pratiquement, doivent être étudiés séparément les cas où a été pratiqué un drainage externe et ceux qui ont comporté une anastomose.

Nous mettrons enfin de côté les faits rares de laparotomie exploratrice, suivie de guérison.

A. — Diagnostic après une Cholécystostomie

Ce sont bien les cas les plus faciles. La fermeture de la fistule biliaire, ou bien le rétablissement de la circulation normale, malgré la persistance d'une fistule partielle, semblent nier de façon formelle l'hypothèse de cancer. Représentant en effet la fin de la compression cholédocienne, ils paraissent le signe de la résolution de l'affection pancréatique. Mais, à ne considérer que cette évolution post-opératoire, une cause d'erreur reste cependant possible. M. le Professeur Bard a attiré notre attention sur ce point, le cancer de l'ampoule de Vater peut, au cours de son évolution spontanée, rendre pour un temps à l'embouchure cholédocienne sa perméabilité, et ce fait se traduit en clinique par les variations, le caractère intermittent, oscillant de l'ictère. Le mécanisme en est expliqué par le processus d'ulcération de la tumeur. Mais en même temps coexistera ce signe très important, l'hémorragie intestinale occulte, dont nous avons dit la nécessité de la recherche. Enfin, une tumeur de l'ampoule de Vater, à ce stade de son évolution, ne passera pas inaperçue à l'exploration opératoire, de sorte que cette cause d'erreur peut être assez facilement éliminée.

B. — Diagnostic après une Cholécystogastrostomie

Le problème est plus complexe et plus mal connu : nous avons signalé les nombreuses observations de cet ordre qui n'ont pu être utilisées par nous, faute d'un diagnostic post-opératoire incontestable.

a) Le test « survie prolongée »

Dans le plus grand nombre des cas de cancer, le malade, s'il a échappé aux risques sérieux correspondant à l'intervention elle-même, meurt dans les six mois qui la suivent. Parfois, une amélioration notable accompagne la disparition de l'ictère. L'opéré reprend du poids. Quelquefois, on peut le croire guéri, mais ce n'est qu'un espoir passager qui, bien vite, doit s'effacer devant la réalité d'une métastase, l'existence d'ascite et devant la réapparition de la cachexie.

A côté de ces faits, incontestablement, les plus fréquents, existe une autre forme correspondant à ce type anatomique défini, dès 1888, par Bard et Pic (1), le type excréteur; les formes rapides traduisent au contraire l'épithélioma développé aux dépens des éléments sécréteurs.

En parcourant les statistiques publiées, nous n'avons

(1) BARD et PIC. Contribution à l'étude clinique et anatomopathologique du cancer primitif du pancréas. *Rev. Méd.* 1788, VIII, 257-282-363.

pu retrouver qu'un petit nombre de cas de survies prolongée : 7 mois (Tavernier), 9 mois (Delore, Cotte), 11 mois (Picqué, Delore), 13 mois (Schmidt, Duchamp), 13 et 14 mois (2 observation sinédites qu'a bien voulu nous communiquer M. le Docteur Santy), 14 mois (Jaboulay), 15 mois (Tedenat, Leriche), 18 mois (Arnsperger), 24 mois (2 cas de Kehr). Il faudrait noter d'ailleurs, non pas la date de la mort, mais celle des premiers signes de déchéance qui précèdent, en général, de six mois la terminaison de ces cancers à forme lente. *Nous avons admis comme équivalents à une guérison définitive une guérison persistant au delà de 18 mois.*

Il faut tenir compte en outre de la durée parfois très prolongée de l'ictère, qui a pu même signer déjà avant l'intervention la nature inflammatoire de la tumeur pancréatique.

Un seul fait, en contradiction avec cette règle de diagnostic, a été rapporté par Tuffier en 1905.

Ce malade âgé de 50 ans, avait été présenté en 1903 à la Société de Chirurgie avec le diagnostic de « Péricholécite ou pancréatite chronique » et trois semaines après la cholécystentérostomie l'opéré sortait guéri. La santé redevint parfaite, il reprit son travail: je le vis plusieurs fois dans l'année qui suivit, et 18 mois après mon intervention, lors de sa dernière visite, il était tellement robuste, que je n'hésitais pas à le regarder et à le citer comme un exemple de pancréatite chronique. Cet homme est revenu dans mon service les premiers jours de décembre 1905. Il présentait un épithélioma venant faire chou-fleur à la peau, après avoir envahi toute la cicatrice. La tumeur se prolongeait profondément dans l'abdomen; il n'y a pas de doute qu'il se soit agi ici d'un cancer du pancréas propagé le long du tissu cicatriciel de mon opé-

ration. Le malade n'avait pas d'ictère, pas encore d'amaigrissement. Il est en ce moment soumis aux rayons X. *Tout ce que l'on pourrait tenter comme hypothèse* si l'on voulait rejeter l'opinion d'un épithéliome existant en 1903, c'est que le cancer s'est développé sur une pancréatite chronique, mais, sur ce point, je ne voudrais rien affirmer.

Le caractère absolument exceptionnel de cette observation, accentué par l'interprétation qui en est donnée, n'enlève pas sa valeur au critérium de 18 mois, que nous avons admis.

Nous avons cherché également quelle est la durée d'évolution des cancers de l'ampoule de Vater qui s'apparentent étroitement avec ces épithéliomas pancréatiques du type excréteur (M. le Prof. Bard) (1).

Les faits les plus intéressants que nous avons recueillis proviennent de l'importante statistique d'Outerbridge (2), qui, dans près de 50 cas, a précisé la durée moyenne de l'affection : il note seulement trois cas où la mort survint plus d'un an et demi après les premiers signes ; dans deux cas (Morian et Outerbridge), au bout d'un an trois quarts, ce qui, après soustraction du délai post-opératoire et de la période cachectique, n'aurait donné à ces malades, dont l'un seul d'ailleurs a été opéré, qu'une guérison inférieure à 18 mois ; dans un troisième cas, la durée de l'affection fut de deux ans et quart, mais il s'agissait d'un adénofibrome et non d'une tumeur maligne (Herrick).

(1) BARD. Rapport du cancer de l'ampoule de Vater et du cancer du pancréas. *Bull. Méd.* 1896, 29.

(2) OUTERBRIDGE. Carcinome of the papilla of Vater. *Ann. Surg.* 1913, LVII, 402-426.

En résumé :

1° On ne peut absolument rien conclure d'une guérison inférieure à 6 mois.

2° La persistance d'une guérison parfaite au delà de 6 mois est déjà un argument important en faveur de la nature inflammatoire de la tumeur pancréatique.

3° Il est exceptionnel de voir dans un cancer une guérison se maintenir au delà d'un an ; et en se gardant de ne rien affirmer encore, on peut déjà poser un diagnostic probable de pancréatique chronique.

4° Une certitude ne peut être donnée qu'au bout de 18 mois. Mais, peut-être, ce terme pourra-t-il être abaissé lorsque le groupe des tumeurs des voies excrétrices biliaires et pancréatiques aura été revisé, comme le pense M. Favre, au bénéfice de la syphilis.

**b) Le test « Résolution de la tumeur
pancréatique »**

Il permet de faire un diagnostic plus précoce dans quelques cas. Il est bien rare que l'on puisse cliniquement percevoir une tumeur nette et dont il est alors facile de suivre le sort, après l'anastomose.

La persistance de l'évolution d'une tumeur du pancréas se manifeste assez souvent par l'apparition d'une *sténose sous-pylorique* ; en voici quelques exemples :

M. le Docteur Alglave présenta un malade opéré le 20 janvier 1921 pour un ictère chronique d'origine pancréatique (cholécystogastostomie) réopéré le 28 mars 1921 pour une *sténose sous-pylorique* (gastro-entérostomie) ; il voulut bien nous fixer sur son évolution ultérieure : mort à la fin de l'année.

M. le Docteur Tavernier publia de même un cas d'ictère par tumeur pancréatique qui fut très amélioré par une cholécystentérostomie pratiquée au deuxième mois de son évolution, si bien que l'on douta de la nature maligne de l'affection, et qui 3 mois après s'accompagna de sténose pylorique. La mort suivit de 4 mois la pastroentérostomie secondaire.

Cette complication, dont Jaboulay avait déjà montré l'importance en conseillant d'associer à la cholécystogastrostomie une anastomose gastro-intestinale, ne caractérise cependant pas de façon formelle le cancer, puisque certaines pancréatites graves peuvent, elles aussi, la présenter. L'apparition d'une sténose sous-pylorique a donc une valeur plus pronostique que diagnostique ; elle semble précéder de quelques mois la mort.

Le mode d'évolution de la tumeur pancréatique peut encore être étudié à l'aide de *signes indirects*, fournis d'une part par l'évolution du déficit fonctionnel du pancréas, d'autre part par le rétablissement de la perméabilité cholédocienne.

1° Nous avons dit que le déficit de la sécrétion pancréatique était généralement nul, comme, du reste, les lésions du parenchyme sécréteur. La disparition d'une diarrhée caractéristique de la déchéance du pancréas pourrait ainsi manifester la guérison de l'organe. Mais il faut plus compter, croyons-nous, avec les données fournies par l'analyse du contenu duodénal. Nous avons noté l'intérêt qu'il y avait à faire le tubage avant l'intervention et à comparer les renseignements qu'il fournit à ceux que donneront de nouveaux examens post-opératoires.

Une évolution manifeste dans le sens soit de l'aggravation, soit d'une amélioration, peut être très utile pour fixer la nature de la tumeur. Nous n'avons pu réaliser cette donnée théorique et avons seulement étudié chez trois opérés la valeur fonctionnelle du pancréas qui s'est montrée normale. Nous n'avons évidemment, pu en tirer aucune conclusion diagnostique ; il semble cependant qu'avant l'intervention le malade, dont notre maître, M. le Professeur Bérard, nous a confié l'examen, présentait des signes cliniques de déchéance pancréatique, alors que sa digestion trypsique s'est montrée normale lorsque nous l'avons récemment vu.

Il faudrait ne prendre en considération que des modifications très nettes, confirmées par des recherches répétées.

2° Plus intéressante apparaît peut-être l'étude de la perméabilité cholédocienne, et c'est dans le but de chercher là les éléments d'un diagnostic que nous avons étudié, chez les premiers malades qu'il nous a été donné d'examiner, le fonctionnement de l'anastomose cholécystogastrique.

L'oblitération de la bouche anastomotique (Obs. 104), ou, malgré sa perméabilité, l'existence de chasses biliaires cholédociennes (Obs. 105), nous paraissent de bons symptômes de la guérison du pancréas. Nous avons été heureux de voir confirmer ces faits par Ch. S. White, qui signale (Obs. 103) que lors de l'examen qu'il pratiqua chez son opéré, la bile semblait emprunter le cholédoque et nullement la fistule opératoire.

toire : il nous a, de la sorte, été permis d'étiquetter cette observation : pancréatite chronique avec ictère.

Il convient d'être prudent dans l'interprétation des renseignements précieux que fournit le tubage, de les confirmer par l'examen radiologique, qui, nous l'avons vu, permet bien, lui aussi, l'étude de la perméabilité de l'anastomose.

L'association de ces deux méthodes d'exploration permettra, nous le croyons, de faire d'une *façon précoce*, le diagnostic d'inflammation chronique et de ne pas attendre le délai d'un an et demi, qui semble seul aujourd'hui suffisant pour éliminer la possibilité d'un cancer. Les difficultés que rencontre la recherche des suites opératoires éloignées sont sans doute responsables, en partie, du petit nombre d'observations certaines que nous avons pu recueillir.

CONCLUSIONS

I. — Sous l'expression anatomique « pancréatite chronique », sont groupés des faits, cliniquement les plus divers, au milieu desquels s'isole un syndrome nettement chirurgical, caractérisé par l'existence d'un ictère chronique ayant sa seule origine dans la lésion inflammatoire du pancréas.

II. — Le cholédoque est seulement comprimé par la tumeur inflammatoire et ne présente qu'exceptionnellement des lésions intrinsèques. Il retrouvera sa perméabilité avec la résolution de la tumeur.

III. — La lésion du pancréas est une inflammation interstitielle retentissant au minimum sur le parenchyme glandulaire, se traduisant donc par un déficit fonctionnel très restreint.

IV. — Deux causes sont bien connues: les cholécystites chroniques propagées par voie lymphatique, et la syphilis, dont l'image histologique peut parfois simuler le néoplasme.

V. — Crises douloureuses épigastriques et lombaires, amaigrissement, ictère sont les symptômes généralement rencontrés. Le diagnostic clinique est impossible, et c'est l'hypothèse de calcul du cholédoque qui doit être admise. L'exploration chirurgicale devra donner la certitude qu'il n'y a ni calcul enclavé, ni lésion de l'ampoule de Vater et aboutira au diagnostic de cancer. Cette contradiction entre les données cliniques et celles de l'exploration est caractéristique et fera souvent admettre la probabilité de la pancréatite chronique.

VI. — Le traitement est réalisé par un drainage biliaire, qui lève la rétention cholédocienne et guérit la pancréatite.

L'opération de Kehr est la plus efficace des interventions dirigées contre la pancréatite chronique avec ictère. Ses dangers lui font préférer une opération vésiculaire : cholécystostomie ou cholécystogastrostomie, lorsque l'une d'elles est possible.

VII. — L'étude physiologique des bouches de cholécystogastrostomie montre que les résultats fonctionnels de cette opération sont parfaits, et qu'elle doit être considérée comme la meilleure des anastomoses biliaires. Mais la possibilité de divers modes de fonctionnement de l'anastomose ne permet pas de l'utiliser de façon certaine dans un but de drainage. La cholécystogastrostomie doit rester une opération de dérivation biliaire et n'avoir donc que des indications limitées, dans le traitement des pancréatites chroniques avec ictère.

VIII. — Une large place doit être faite à la cholécystostomie, entre l'opération de Kehr et l'anastomose ; elle guérit, le plus souvent, la lésion inflammatoire du pancréas de façon définitive et avec un minimum de risque ; elle permet de surveiller étroitement l'évolution des formes rebelles et de leur opposer le traitement approprié.

IX. — En l'absence d'une biopsie, le diagnostic opératoire de pancréatite chronique avec ictère doit être confirmé par l'un des critères suivants :

a) Guérison survenant à la suite d'une intervention ne dérivant pas le cours de la bile.

b) Persistance de la guérison après fermeture d'une cholécystostomie.

c) Guérison maintenue un an et demi après la création d'une anastomose.

d) Démonstration de la résolution de la tumeur et, en particulier, preuve du non-fonctionnement de la bouche anastomotique.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

L. BÉRARD

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 mai 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Pancréatite chronique avec ictère

- ABBE. — Pancreatitis. *Am. J. Obst.*, 1909, LX, 621-631.
- ABRAMI, RICHET et ST-GIRONS. — Recherches sur la pathogénie des pancréatites infectieuses, voie ascendante et voie descendante. *Compte-rendu, Soc. de Biol.*, 1910. LXIX, 285-288, 357-359.
- ALBRECHT (Fanny). — Pathologie der Bauchspeicheldrüse. *Erg. d. allg. Path. und path. Anat. u. s. w.*, 1911; XV; 2. Abt.; 783-886.
- AIGLAVE. — Oblitération du cholédoque et sténose sous-pylorique successives par néoformation de la tête du pancréas; cholécystentérostomie et gastroentérostomie successives; guérison opératoire datant de deux mois. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1921, XIII, 769.
- Miss GARETT ANDERSON. — Chronic pancreatitis. *Assoc. of registr. Med. Wom.* 5 janv. 1909. *Brit. Med. J.* 1909 I, 219.
- ANSCHUTZ. — Chronische Pancreatitis. *Munch. Med. Woch.* 1918. LXV; 280.
- ARCHIBALD. — Ideas concerning the causation of some cases of pancreatitis. *Canad. J. M. and S.* 1913. XXXIII, 263-268. — The experimental production of pancreatitis in animalis as the result of the resistance on the common duct sphincter. *Surg. Gyn. Obst.*, 1919; XXVIII. 529-545.

- A new factor in the causation of pancreatitis. *Tr. Intern. Cong. Med.*, 1913, *Lond.* 1914, *Sect. VII, Surg.* pt. 2; 21-27. — Effect of prolonged bile drainage in the cure of subacute and chronic pancreatitis. *J. Am. Med. Ass.* 1918, LXXI; 798-799. — A general consideration of pancreatitis. *Intern. Clin.* 1918, 28, II, 1-20.
- ARCHIBALD et MULLALY. — Somme observations on the diagnosis and treatment of subacute and chronic pancreatitis. *Canad. M. Ass. J.* 1913, III, 87-97.
- ARCHIBALD et BROW. — The experimental production of pancreatitis. *Tr. Am. Surg. Ass.* 1918; XXXVI, 386-397. Disc: 406.
- ARCHIBALD et GIBBONS. — Further data concerning the experimental production of pancreatitis. *Tr. Am. Surg. Ass.* 1921, XXXIX, 96-106, 154-168.
- ARNSPERGER. — Über die mit Gallensteinsymptomen verlaufende chronische Pancreatitis. *Beitr. z. Kl. Chir.*, 1904, XLIII, 235-246. — Die chirurgische Bedeutung des Icterus; zugleich ein Beitrag zur Pathologie und Chirurgie der tiefen Gallenwege. *Beitr. z. Kl. Chir.*, 1906, XLVIII, 673-780. — Die Entstehung der Pankreatitis bei Gallensteinen. *Munch. Med. Woch.* 1911, LVIII, 729-731.
- ARNSTEIN. — Chronische Pankreatitis. *Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1912, XV, 90-141.
- BARBOUR. — Nitrogen and fat metabolism and other functional tests in a case of chronic pancreatitis. *Arch. Int. Med.* 1911, III, 662-674.
- BARLING. — Remarks on chronic enlargement of the pancreas in association with or producing attacks simulating biliary colic. *Brit. Med. J.* 1900, II, 1766-1768. — Case of chronic pancreatitis, with an account of the post-mortem examination. *Brit. Med. J.* 1903, I, 956-957. — Pancreatitis and its association with cholecystitis and gallstones. *Brit. Med. J.* 1923, I, 705-706.
- BARON. — The relation of the islets of Langerhans to diabetes with special reference to cases of pancreatic lithiasis. *Surg. Gyn. Obst.* 1920, XXXI, 437-448.

- BARTH. — Über indurative Pankreatitis. *Verhandl. der Deutsch. Gellsch. f. Chir.* 33° Cong. 104, II, 376-385.
- BATTISTINI. — Pancreatite cronica con calculosi pancreatica. *Gior. d. r. Accad. di Med. di Torino*, 1909, 4s. XIV, 317-330. *Riv. crit. di clin. med.* 1909, X, 245-252
- BAUDET. — Ictère permanent ; occlusion du cholédoque par affection chronique du pancréas (néoplasme ?). Ablation de la vésicule biliaire; abouchement du cholédoque dans le duodénum; guérison. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1924, L. 240-241. — Pancréatite suppurée au cours d'une pancréatite chronique. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1925, LI, 527-529.
- BAUERMEISTER. — Pankreatischer Symptomenkomplex und Duodenalerweiterung. *Zentralbl. f. Innere Med.* 1918, XXXIX, 161-167.
- BAZY. — Du drainage des voies biliaires dans la rétention biliaire calculeuse. *B. M. Soc. Chir. Paris* 1907, XXXIII, 800-813.
- BENCE. — Untersuchungen an einem Fall von Pankreatitis und Hepatitis chronica luetica. *Wien. Klin. Woch.*, 1907, 721. — Stoffwechseluntersuchungen bei Pankreatitis interstitialis chronica luetica. *Orvosi hetilap*, 1907, N° 41-42.
- BÉRARD et CHALIER. — Pancréatite aiguë hémorragique avec cytotéatonécrose. *Province médicale*, 1908.
- BETTER. — Über einen Fall von Pankreassklerose. *Berl.* 1913, H. Blanke, 28 p., 8°.
- BLESCH. — Pancreatitis : suggestions as to etiology and surgical treatment. *Med. Herald*, 1912, XXXI, 236-240.
- BOECKEL. — Chirurgie du pancréas. XII° Congrès inter. de Med. et Chir., Paris, 1900. *Rev. de Gyn. et Chir. abd.* 1900. IV, 1105-1106.
- BOUVET. — Rapports des pancréatites et de la cholélithiase. Etude pathogénique. *Th. Lyon*, 1908-1909.
- BRANCHE. — Du drainage du canal de Wirsung (Wirsungstomie), au cours des pancréatites aiguës. *Th. Lyon*, 1910-1911.

- A. BRETANO. — Bericht über die Resultate von 280 Gallensteinoperationen. *Arch. für Kl. Chir.* CXXVII, 1923, 275-305.
- BRIGGS. — Surgery of biliary tract. *Boston M. S. J.* 1918, CLXXVIII, 116-120.
- BRUGSCH et KÖNIG. — Beitrag zur Klinik der Pankreasentzündungen. *Berl. Kl. Woch.*, 1905, XLII, 1605-1609.
- BRUNETTI. — La pancréatiti; patogenesi; diagnosi e cura. *Policlin.* 1909, XVI, sez. prat. 933-938.
- BUCKSTEIN. — A new aid in the diagnosis of tumor of the head of the pancreas. *Surg. Gyn. Obst.* 1924, XXXIX, 509.
- BURMAN. — A case of simple obstructive jaundice with huge dilatation of the common duct. *Practitioner*, 1912, I, LXXXVIII, 473-474.
- BUSSE. — Beiträge zur Lehre von der Nekrose des Fettgewebes und des Pankreas. *Arch. f. Klin. Chir.* 1904, LXXII, 978-994.
- CALZAVARA. — Cefalopancreatite cronica e steattonecrosi. *Arch. ital. di Chir.*, 1922, V, 265-288.
- CAMERON et NOBLE. — Reflux of bile up the duct of Wirsung caused by an impacted biliary calculus. An anatomic study concerning its possibility. *J. Am. Med. Ass.* LXXXII, 1924, 1410-1414.
- CAMMIDGE. — Observation on the urine in chronic disease of the pancreas. *Proc. Roy. Soc. Lond.* 1909, LXXXI, 372-380. — Chronic pancreatitis with especial reference to the diagnosis and treatment. *Lancet*, 1911, I, 1494-1498. — Chronic pancreatitis. *Brit. M. J.* 1919, II, 759.
- CAPELLI. — Contributo clinico alla chirurgia del pancreas ; sul rapporto tra la pancreatite e la litiasi biliare. *Policlin.* 1909, sez. chir. XVI, 285-333.
- CARLES. — Les pancréatites. *J. de Med. de Bordeaux*, 1907, XXXVII, 391.

- CARNOT. — Recherches expérimentales et cliniques sur les pancréatites. *Th. Paris*, 1897-98. — Les syndromes hépatico-pancréatiques. *Progrès médical*, 1908, XXIV, 433-438. — Maladies du pancréas. In *Nouveau traité de Méd. et de thérapeutique*. Gilbert et Thoinot, XX, 1908, 235-285.
- CASTAIGNE. — Ictère par rétention de nature syphilitique. *Clinique*, 1913, VIII, 754-756. — Ictères syphilitiques. *Ibid.* 706-708.
- CASTAIGNE et PAILLARD. — Les ictères chroniques syphilitiques de l'adulte. (Etude clinique et thérapeutique). *J. Méd. Franç.* 1920, IX, 64-71.
- CAUSSADE et LEVEN. — L'engraissement et l'amaigrissement au cours de l'ictère par rétention. Leur valeur sémiologique. *B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1909, XXVII, 651-653.
- CECCHERELLI. — La chirurgie du pancréas. — XIII^e Congrès inter. de Méd. et Chir., Paris, 1900. *Rev. Gyn. et Chir. abd.* 1900, IV, 797-821.
- CHABROL. — Les scléroses du pancréas. *Gaz. Hôp.*, 1907, LXXX, 543-548-579. — Les pancréatites dans les affections du foie. *Th. Paris*, 1910-1911. — La tuberculose du pancréas. *Rev. de la Tuberculose*, 1911, VIII, 279-307.
- CHAVANNAZ et GUYOT. — Maladies du Pancréas. In *Nouveau traité de Chir.*, Le Dentu et Delbet, 1913, XXVI, 57-80.
- CLAIRMONT. — Uber Pankreasschadigungen bei und nach Duodenalresektion wegen Ulcus. *Schwz. Medz. Woch.* 1923, IV, 302-309.
- CLARKE. — A case of chronic interstitial pancreatitis of uncertain origin. *Bristol M. Chir. J.* 1912, XXX, 25-31.
- COHN. — Beitrage zur Chirurgie des Pankreas. *Beitr. Z. Kl. Chir.*, 1922, CXXVII, 177-182.
- COHNHEIM. — Die Erkrankungen des Pankreas und ihre Behandlung. *Therap. d. Gegenw.*, 1913, LIV, 152-159.
- COMESSATI. — Contributo alla studie delle affezioni chroniche del Pancreas. *Riv. crit. di clin. med.* 1912, XIII, 291-305.

- COMMANDEUR et RHENTER. — Un cas d'hypertrophie syphilitique du pancréas. *Bull. Soc. Obst. et Gyn., Paris*, 1922 XI, 682-684.
- CONOVER. — Daignosis of chronic pancreatitis; historical sketch. *J. Missouri M. Ass.*, 1911-1912, VIII, 242-246.
- COSTANTINI. — Oblitérations non-calculieuses des voies biliaires principales, XXXII^e Congrès fr. de Chir. Paris, 1923, 564-570.
- CRILE. — The technique of gall-bladder surgery in the presence of jaundice. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1921, XXXIII^e, 469-471.
- CROFTON. — Pancreatic diabetes and its relation to gallstones. *Surg. Gyn. Obst.*, 1908, VII, N^o 6.
- CROHN. — Studies in pancreatic disease. *Arch. int. med.*, 1915, XV, 581-607.
- CUMSTON. — The diagnosis of chronic pancreatitis. *Internat. Clin.*, 1910, 20s. II, 53-66.
- DALZIEL. — Chronic pancreatitis. XVII^e annual meeting Brit. med. ass. (section of surg.). *Brit. Med. J.*, 1902, II, 1312.
- DAVIAU. — Sur quelques points de la séméiologie des pancréatites chroniques. *Th. Paris*, 1905-1906.
- DAVIS. — The etiology of pancreatic discases. *Med. Rec.* 1911, LXXIX, 860-863.
- DEAVER. — Diseases of the pancreas. *Am. J. med. Sec.* 1903, CXXV, 187-217. — The more remote consequences of infections bile. *Am. Med.* 1904, VIII, 15-19. — Chronic Pancreatitis. *J. Am. M. Ass.* 1908, LI, 374-377. — *Intern. Clin.*, 1910, 20s., II, 134. — Chronic Pancreatitis ; its symptomatology, diagnosis and treatment based on a study of 38 cases. *Tr. Coll. Phys.*, 1911, XXXIII, 83-100. *J. Am. Med. Ass.* 1911, LVI, 1079-1083. — Chronic Pancreatitis in association with gall-stone disease. *J. Am. M. Ass.* 1911, LVII, 11-15. — Personal expericnces with diseases of the pancreas. *N. Y. M. J.*, 1912, XCV, 573-577. — Acute and chronic pancreatitis. *Arch. Diag.* 1912, V, 1-12. — Pancreatic lymphangitis and chronic pancreatitis. *J. Am. M. Ass.*, 1913, LX, 1-4. — Chronic

cholecystitis; pancreatic lymphangitis, cholecystectomy; recovery. *Intern. Clin.* 1914, III, 191. — Pancreatic lymphangitis; cholecystotomy; recovery. *Intern. Clin.*, 1924, III, 210-212. — Chronic interstitial pancreatitis; cholecysto-duodenostomy; recovery. *Intern. Clin.*, 1914, III, 212-214. — Recurrence of symptoms after operation for gall-stone disease. *Illinois Med. J.*, 1916, juin. — The principales underlying the surgery of the pancreas. *Boston M. and Surg. J.*, 1917, CLXXVI, 187-192. — Pancreatic lymphangitis with and without jaundice. *Tr. of the South. Surg. Ass.* 1918, *Surg. Gyn. Obst.*, XXVIII, 1919, 433-435. — A clinical study of pancreatitis. *Ann. of Clin. Med.*, 1923, II, 1-7. — *Med. J. and Rec.*, 1924, CXIX, 129-132. — The surgery of jaundice. *Ann. of Surg.*, 1925, 287-298.

DEAVER et PFEIFFER. — Pancreatic and peripancreatic lymphangitis. *Ann. of Surg.*, 1913, LVIII, 151-163. *Tr. Am. Surg. Ass.*, 1913, XXXI, 393-407. — Chronic pancreatitis. *Ann. of Surg.*, 1914, LIX, 841-847. *Tr. Am. Surg. Ass.*, 1914, XXXII, 322-328. — Prepancreatic and pancreatic disease. *Tr. Am. Surg. Ass.*, 1921.

DEAVER et REIMANN. — The importance of early recognition of surgical conditions of the biliary passages. *Surg. Gyn. Obst.*, 1919, XXIX, 376-380.

DEAVER et SWEET. — Prepancreatic and peripancreatic disease with a consideration of the anatomic basis of infection from the gallbladder to the pancreas. *J. Am. Med. Ass.*, 1921, LXXVII, 194-197.

DELAGENIÈRE. — Contribution à l'étude de la chirurgie du pancréas (10 observations). *Arch. de Chir.*, 1906, XV, 193-219. 267-279. — Statistique des opérations faites sur les voies biliaires principales pour complications de la lithiase biliaire. *Arch. Med. d'Anegrs*, 1908, XII, 368-375. — Contribution à l'étude de la chirurgie du pancréas, III^e Cong. int. de Chir. Bruxelles, 1911. *Rev. de Gyn. et Chir. abd.*, 1911, XVII, 547.

- Paul DELBET. — Pancréatite chronique. *Cong. fr. de Chir.* 1902, 520-523. — Des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales, *XXXII^e Congr. fr. de Chir.*, Paris, 1923, 570-573.
- Pierre DELBET. — Pancréatites expérimentales. *Bull. et Mém. Soc. Chir.* Paris, XL, 1914, 24-25.
- Pierre DELBET. — Les pancréatites atténuées. *B. Acad. Méd.* 1924, XCI, 663-676.
- DELORE et ESPENEL. — A propos du traitement chirurgical de la pancréatite chronique. *Lyon Méd.*, 1910, CXIV, 225-227.
- DESJARDINS. — Etude sur les pancréatites. *Th. Paris* 1904-1905.
- DIEULAFOY. — Rapports des pancréatites avec la lithiase biliaire. Syndrome pancréatico-biliaire. *Presse Médicale*, 1907, XV, 667-663. — L'ictère par pancréatite scléreuse. *Rev. gén. de clin. et de théér.*, 1910, XXIV, 135.
- Docq. — Les interventions chirurgicales dans les maladies du pancréas. Mém. couronné Acad. roy. méd. de Belgique, 1911, XX, 1-162. *Presse méd. belge*, 1911, LXIII, 851-854.
- DORNER. — Indurative pankreatitis infolge von Narbenbildung im Ductus pankreaticus ohne Diabetes nebst Bemerkungen zur Röntgendiagnose von Pankreaserkrankungen. *Deuts. Arch. f. Kl. Med.* 1915, CXVIII, 72-84.
- DREESMANN. — Diagnose und Behandlung der Pankreatitis. *Med. Kl.* 1908, IV, 1458-1461. 1496-1497. 1531-1535. — *Münchn. Med. Woch.*, 1909, LVI, 708710.
- DUBOURDIEU. — Pancréatite hypertrophique et kystique. *J. de Méd. de Bordeaux*, 1909, XXXIX, 203.
- DURET. — Ictère et pancréatite. *J. des Sc. méd. de Lille*, 1908, II, 241-245.
- DUVAL. — Abandon du drainage biliaire externe dans la cholécotomie pour le drainage duodénal transvratérien par tube perdu. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1924, L, 755-761.
- EBNER. — Pankreatitis und Cholelithiasis. *Samml. Klin. Vortr.* (Chir. N° 128-129), 1-30.

- EDWARDS. — The relation between cholelithiasis and surgery of the pancreas. *South. Calif. Pract.* 1908, XXIII, 214-217.
- EHLER. — Über einem Fall von Pankreatitis indurativa. *Wien. Klin. Woch.* 1903, 1433.
- EHRMANN. — Stoffwechsel und Stuhluntersuchungen an einem Fall von chronischer Pankreatitis. *Zeitsch. f. Klin. Med.* 1910, LXIX, 319-340.
- EHRMANN et KRUSPE. — Untersuchungen über Pankreatitis chronica und Icterus chronica. *Zeitsch. f. Klin. Med.* 1913, LXXVIII, 122-132.
- EICHMEYER. — Beiträge zur Chirurgie des Choledochus und Hepaticus, der Anastomosen zwischen Gallensystem und Intestines. *Arch. f. Kl. Chir.* 1910, XCIV, 1-48.
- EINHORN. — A clinical contribution to our knowledge of chronic pancreatitis. *J. Am. M. Ass.*, 1915, LXV, 149-153. — Zur Kenntnis der chronischen pancreatitis. *Deutsch. Med. Woch.*, 1915, XLI, 1307-1334.
- EISENDRATH. — Recurrence after operation on the biliary passages. *J. Am. M. Ass.* 1917, LXIX, 1752-1759.
- ELIOT. — The repair and reconstruction of the hepatic and common bile ducts. *Surg. Gyn. Obst.* 1918, XXVI, 81-102.
- ELOESSER. — Die in die letzten Jahren aus der Heidelberger Klinik beobachteten Fälle von Pankreas Erkrankungen. *Mitt. a. d. Grenzgeb. Med. Chir.* 1907, XVIII, 195.
- ERDMANN. — Cholecystotomy for pancreatitis. *Am. Surg.* 1907, XLV, 959. — Biliary surgery. *Am. J. Obst.* 1914, LXX, 815-825.
- ESTES. — *J. Am. Med. Ass.* 1902, 807.
- Sir F. EVE. — Acute haemorrhagic pancreatitis; with remarks on the etiology of chronic pancreatitis. *Brit. Med. J.* 1915, I, 7-14. *Lancet*, 1915, I, 1-10.
- EWART. — The diagnosis of pancreatitis. *Lancet*, 1915, I, 202.
- FALLON. — The relation of gallstones to pancreatitis. *Boston M. et S. J.*, 1924, CXC, 545.

- FAROEY. — Le pancréas et la parotide dans l'hérédosyphilis du fœtus et du nouveau-né. *Th. Paris*, 1908-1909. — Maladies du pancréas; in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*. Sergent-Ribadeau-Dumas-Babonneix, XII, 395-426. — La syphilis du pancréas. *J. Méd. franç.* 1922, XI, 526-533.
- FERRON. — Note sur deux cas de duodénotomie exploratrice pour ictère. *B. M. Soc. Chir.* 1919, XLV, 1319-1326.
- FISHER. — Pancreatitis acute and chronic. *Tr. Luzerne Co. M. Soc.* 1922, XXII, 39-48.
- FLEXNER. — The constituent of the bile causing pancreatitis. *J. of Exp. Med.* 1906, VIII, 167.
- FLOERSHEIM. — Chronic pancreatitis. *N. Y. M. J.* 1913, XCVII, 1106-1108. (Pr. of the med. Ass. of the greather City of New-York.)
- FORSYTH. — Chronic pancreatitis. *Brit. M. J.* 1919, II, 689.
- FOWLER. — Pancreatitis chronica (Carcinoma?); cholecystoduodenostomy. Cholecystis chronica, common duct stone; choledocotomy; appendectomy. *Long Island M. J.* 1918, XII, 270.
- FRIEDMAN. — Obstructive jaundice in chronic pancreatitis with an illustrative case. *N. York M. J.* 1907, LXXXV, 1113-1117. — A case of chronic pancreatitis with polycythemia (clinical diagnosis: pancreatic lithiasis). *Med. Rec.* 1912, LXXXII, 930-935.
- FRIEDMANN. — Zur Kasuistik der Pankreaskrankheiten. *Arch. f. Verdauungskr.* 1914, XX, 192-199. — *N. Yorker Med. Monatschr.* 1914-1915, XXV, 133-139.
- FUCHS. — Cholelithiasis und Pankreaserkrankungen. *Deutsch. Med. Woch.* 1902, 829.
- FULLER. — Three case of gall-stones associated with enlargement of the pancreas. *South African M. Rec.* 1912, X, 297-300.
- FULLERTON. — Anastomosis between the common bile duct and the duodenum for obstructive jaundice. *Brit. Med. J.*, 1907, II, 1118.
- GAMGEE. — Chronic pancreatitis. *Midland Med. Soc.* 17 fév. 1904. *Lancet*, 1904, I, 581.

- GARROD. — The diagnosis of disease of the pancreas. *Brit. M. J.*, 1920, I, 459-466.
- GAULTIER. — Calculs des voies biliaires et pancreatites. Le syndrome pancréatico-biliaire. Son diagnostic par l'examen des fèces. *Cong. fr. de Méd.* 1907, 105-107. — Calculs des voies biliaires et pancréatites. Paris, 1908.
- GELLE. — Retentissement des lésions canaliculaires sur le parenchyme acineux et insulaire pancréatique. *J. de Phys. et de Path. génér.* 1908. — Le pancréas dans les pancréatites chroniques non diabétogènes. Etude histologique et physio-pathologique du tissu endocrine. *B. et M. Soc. an.* Paris, 1911, LXXXVI, 381-480. — Le cancer primitif du pancréas; étude histologique et physio-pathologique. *Arch. de méd. exp. et d'anat. path.* 1913, XXV, 1-50.
- GIBBON. — Clinical report of a case of cyst of pancreas and interstitial pancreatitis. *Carolina, M. J.* 1906, LV, 69-71.
- GIBSON. — Interstitial pancreatitis. Cholecystenterostomy. *Ann. Surg.* 1902, XXXV, 105-106.
- GILBERT et CHABROL. — Scléroses expérimentales du pancréas à la suite de ligatures vasculaires du système porte. *C. R. Soc. de Biol.*, 1909, LXVII, 127-129. — Les pancréatites au cours de l'hypertension porte. *Arch. de Méd. Exp. et d'Anat. path.* 1910, XXII, 860-899.
- GLAESSNER. — Die diagnose der Pankreaserkrankungen. *Mediz. Klinik*, 1910, 1123. — Fortschritte auf dem Gebiete der Pankreaserkrankungen. *Deutsch. Klinik*, 1913, XIV, Ergnz. III, 217-292. — *Klin. Woch.*, III, 1924.
- GOBIET. — Beiträge zur operativen Behandlung der akuten und chronischen Pankreatitis. *Wien. Klin. Woch.* 1910, XXIII, 1672-1680.
- GOLDIE. — Pancreatitis with jaundice in the infectious diseases with notes of four cases. *Lancet*, 1912, II, 1925.
- GORDON. — Congenital obliteration of the bile ducts and congenital biliary cirrhosis of the liver. *Boston Med. Surg. J.* 1922, CLXXXVII, 923-928.

- GRÉGOIRE. — Drainage transvatérien du cholédoque. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1924, L. 816-817.
- GRIFFITHS. — Chronic pancreatitis. *XVII^e annual meeting brit. med. Assoc.* (sect. of surg.). *Brit. M. J.* 1902, II, 1312. — Changes in the pancreas associated with the diseased gall-bladder. *Lancet*, 1924, II, 206-207.
- GROTE et STRAUSS. — Untersuchungen bei einem Fall chronischer Pankreatitis. *Arch. f. Verdauungskr.* 1921, XXVIII, 123-130.
- GUERRY. — A further consideration of the question of permanent drainage in certain cases of pancreatitis. *J. Am. M. Ass.* 1910, LV, 2292.
- GUINARD. — *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1903, XXIX, 532-536.
- GUINAUD. — Sur les pancréatites chroniques avec ictère. *Th. Paris*, 1911-1912.
- GULEKE. — Über Diagnose und Therapie der chronischen Pankreatitis. *Verhandlung d. deutsch. Gesellsch. f. Chir.* 1912, XLII, 2 teil, 310-328. — Die neuen Ergebnisse in der Lehre der akuten und chronischen Erkrankungen des Pankreas mit besonderer Berücksichtigung der entzündlichen Veränderungen. *Ergebn. Chir. u. Orthop.* 1912, IV, 408-507.
- HABS. — Die Chirurgie des Pankreas. *Med. Klin.* 1913, IX, 1277-1281.
- HAGGARD. — The etiology and pathogenesis of pancreatitis. *Surg. Gyn. Obst.* 1908, VII, 613-617, 701-706. — Pancreatitis in its relation to gallstone disease. *J. Am. Med. Ass.* 1908, I, 10. — LI, 377-380.
- HAMMOND. — Considérations relating to the pathogenesis and diagnosis of surgical diseases of the pancreas. *Ann. Surg.* 1911, LIV, 798-805.
- HANDLEY. — On pancreatitis, acute and chronic, and its surgical treatment (with a record of two successful cases). *Arch. Middlesex Hosp.* 1912, XXV, 20-36.
- HARRIS. — Pancreatitis as related to gastrointestinal and gallbladder infections. *J. Am. M. Ass.* 1923, LXXXI, 1496.

- HARTMANN. — A propos de la lithiase biliaire. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1903, XXIX, 703-706. — *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1905, XXXI, 1104-1108. — A propos des cholédoeco-entérostomie latérales. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1911, XXXVII, 1374-1376. — Quelques opérations pour oblitération non calculieuse de la voie biliaire principale. *XXXII^e Cong. fr. de Chir. Paris*, 1923, 559-562. — Travaux de chirurgie, 5^e série : Chirurgie des voies biliaires. Paris, 1923, Masson, éd.
- HARTMAN et HAGER. — Chronic pancreatitis; cholecystotomy and recovery. *U. State Navy M. Bull.* 1918, XII, 79.
- HEIBERG. — Die Krankheiten des Pankreas. *Wiesbade.*, 1914.
- HELD. — General diagnosis and treatment of diseases of the pancreas. *Med. Rec.* 1914, LXXXVI, 109-115.
- HESS. — Pankreasnekrose und chronische Pankreatitis. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1909, XIX, 637-677.
- HEYD. — Association of pancreatitis and biliary affection. *Buffalo M. J.* 1916-1917, LXXII, 495-502.
- HINZ. — Beiträge zur Pankreaschirurgie. *Deutsche Med. Woch.* 1912, XXXVIII, 399-403.
- HIRSCHFELD. — Über die infektiöse Entstehung der chronischen Pankreatitis und des Diabetes. *Berl. Klin. Woch.* 1908, 537.
- HOFFMANN. — Über das allmähliche Verschwinden eines Tumors des oberen Bauchgegend (Chronische interstielle Pankreatitis). *Wien. Klin. Woch.* 1903, N^o 51.
- HUBER. — Pancreatitis syphilitica. *Arch. f. Heilk.* 1878.
- JEAN. — Deux cas de chirurgie des voies biliaires. *Arch. de Méd. et Pharm. navales.* 1919, CVII, 386-390.
- JÖSSERAND. — Pancréatite chronique. *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 5 mai 1914. — *Lyon Méd.* 1914, CXXII, 1118-1120.
- JUDD. — The recurrence of symptoms on the biliary tract. *Ann. Surg.* 1918, LXVII, 473-488.
- JUDD et BURDEN. — Non-calculous intermittent biliary obstruction. *Ann. Surg.* 1924, LXXIX, 533-537.
- JUDD et J. H. LYONS. — The mortality following operation on the liver, pancreas and biliary passage. *Ann. of Surg.* LXXVIII, 1923, 94-102.

- KAUSCH. — On intestinal communications with the biliary passages and the pancreas. *Ann. Surg.* 1912, LV, 166.
- KEHR. — Die Werwendung der gelatineim zur Stillung. Cho-loemischen Blutungen nach Operationen am Gallen-system. *Münchn. Med. W.*, 1900, XLVII, 181, 226. — Beitr. zur Bauch Chirurgie. *Kehr*; Berger und Welp, Berlin, 1901. — Die chirurgische Behandlung des akuten und chronischen Choledochens Verschlusses durch Stein und Tumor. *Münchn. Med. W.* 1903, L, 932. — Über fünf neuen Operationen am Leber, und Gallen-system. *Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. Chir. XXXIII^e Congr.* 1904, I, 65-76. — Die Dauerresultate meiner letzten 500 Gallensteinlaparotomien (400 bis 900 Operationen). *Münchn. Med. W.* 1904, LI, 602. — Zur chirurgischen Behandlung des chronischen Icteres. *Münchn. Med. W.* 1909, LVI, 2457-2460. — Über Erkrankungen des Pankreas unter besonderer Berücksichtigung der bei Cholelithiasis vorkommenden Pankreatitis. *Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1909, XX, I, 45-149. — Die gut- und bösartigen Neubildungen der Gallenblase und der Gallengänge. *Ergb. d. Chir. u. Orth.*, VIII, 1914, 471-624.
- KELLY. — Gall-stones as an etiologic factor in chronic pancreatitis. *N. Y. M. J.* 1910, XCI, 334-337.
- KEUTHE. — Ein Fall von Pankreas Atrophie. *Berl. Klin. W.* 1909, XLVI, 47-50.
- KIRCHHEIM. — Über chronische interstitielle Pankreatitis und akute Pankreasnekrose. *Münchn. Med. W.* 1909, LVI, 1819.
- KLIPEL. — *Arch. gen. Med.*, 1897, II, 536-554.
- KLIPEL et CHABROL. — Les complications pancréatiques de l'ulcère du duodénum. *Paris Méd.* 1911, 444.
- KLIPEL et LEFAS. — Affections du pancréas. *Arch. gén. Méd.* 1899, 74-115.
- KÖRTE. — Zur chirurgischen Behandlung der Pankreas-Eiterung und Pankreas-Nekrose. *Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir. XXIII^e Congr.* 1894, II, 364-396. — Zur Chirurgie des Pankreas. *Berl. Klin. W.* 967. —

Über Operationen am Choledochus u. s. w. nebst Bemerkung über normales Pankreassekret. *Arch. f. Klin. Chir.* 1903, LXXI, 1049. — Über den Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Gallenwege und Pankreasentzündungen. *Verhandlung des Deutsch. Gessellsch. für Chir.* XXXIII^e Cong. 1904, I, 102-103. — Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege und der Leber. Berlin, 1905. — Chirurgie der Gallenwege. *Zeitsch. f. ärztl. Fortbild*, 1908, V. 449-459. — Entwicklung und Fortschritte der Chirurgie der Leber, der Gallenwege und des Pankreas. *Ibid.* 417-422. — Weitere Erfahrungen über Operationen an den Gallenwegen. *Arch. f. Kl. Chir.* 1909, LXXXIX, I-54. — Traitement de la pancréatite. III^e Cong. Soc. intern. Chir. Bruxelles, 1911. *Rev. Gyn. et Chir. abd.* 1911. XVII, 542-546.

LANDO. — Über Veränderungen des Pankreas bei Leberzirrhose. *Zeitsch. f. Heilk.* 1906, XXVII. (Pathol.-Anat.)

LANGWORTHY. — Chronic pancreatitis. *Long Island M. J.*, 1920, XIV, 472-474.

LAPOINTE et TRÉMOLIÈRES. — Pancréatite chronique terminée par ictère grave sans lithiasé biliaire. *Arch. Mal. appr. dig.*, etc., 1907, I, 212-219.

LAUWERS. — 129 interventions chirurgicales pour lithiasé biliaire avec considérations physio-pathologiques. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1925, 170-173. (Rapp. Proust.)

E. W. LEE. — Chronic pancreatitis. *N. Y. M. J.*, 1913, XCVII, 1106-1108. (Proc. of the Med. Ass. of the greather city of New-York.)

LEGUEU. — *B. et M. Soc. de Chir. de Paris*, 1903, XXIX, 672-675.

LEJARS. — Sur la chirurgie du pancréas. *Cong. Chir. Paris*, 1905, 728-730.

LIEK. — Zur chirurgie der Pankreaserkrankungen. *Deutsch. Med. W.*, 1911, XXXVII, 2280-2283.

LIPSCHÜTZ. — Zur Frage der funktionellen Diagnostik Pankreaserkrankungen. *Arch. f. Verdauungs Krankh.* XIX, 562.

- LINDBORN. — Contribution à l'étude de la syphilis pancréatique chez l'adulte. *Act. méd. Scand.* 1923, LIX, I, VI, 192-208.
- LINDER. — Chronic pancréatitis; stone in ampulla of Vater. *Long Island M. J.*, 1911, V, 412.
- LINK. — The treatment of chronic pancreatitis by pancreastomy; a new operation. *Ann. Surg.* 1911, LIII, 768-782.
- LUND. — Surgical treatment of acute and chronic pancreatitis. *Boston M. and S. J.*, 1921, CLXXXV, 771-776.
- LUNDBLAD. — Nagra ord om pankreassjukdomar med anledning af magra fall. *Nord. Med. Ark.* 1911, 3 f. XI, afd. I, N° 7.
- Mc. NEIL. — Report of a probable case of pancreatitis. *Texas Stat. J. M.*, 1914-1915, X, 132. — Diagnosis of pancreatitis with report of cases. *Texas Stat. J. M.*, 1915, XI, 277-282.
- MANN and GIORDANO. — The bile factor in pancreatitis. *Arch. Surg.* 1923, VI, 1-30.
- MARCILLE. — Pancréatites chroniques consécutives aux angiocholécystites calculeuses. *Tribune médicale*, 1909, XLI, 550.
- MARCY. — *J. Am. Med. Ass.*, 1902, oct.
- MARIOTTE. — Raccolta di memoris del guibileo didattico del Prof. Andrea Ceccherelli. Parme, 1908.
- MARTINA. — Über chronische interstitielle Pankreatitis. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.* 1907, LXXXVII, 499-535.
- MARTYNOFF. — La chirurgie du pancréas. *Th. Moscou*, 1897.
- MASCI. — Sindrome di pancreatite cronica consecutiva ad ulcera gastrica. *Policlinica, sez. prat.* 1921, XXVIII, 1685-1687.
- MASSOBRIO. — Lesioni infiammatorie e traumatiche del pancreas. Turin, 1923.
- F. MATHIEU. — Pancréatites non biliaires. *Th. Lyon*, 1913-1914.

Mlle MAUGERET. — Cholécysto-pancréatite, essai de pathogénie. *Th. Paris*, 1907-1908.

MAYER. — Veränderungen der Bauchspeicheldrüse bei der Weils'chen Krankheit. *Deutsch. Med. W.* 1918, XLIV, 857-860.

W. MAYO. — A study of 534 operations upon the gall-bladder and bile passages with tabulated report of 547 operated cases. *Boston M. S. J.* 1903, CXLVIII, 545-547. — A review of 1500 operations upon the gall-bladder and bile passages. *Ann. Surg.* 1906, XLIV, 209-216. — Pancreatitis resulting from gall-stone disease. *J. Am. Med. Ass.* 1908, L, 1162-1164. — Cholecystitis without stones or jaundice in its relation to chronic pancreatitis. *Am. J. M. S.* 1914, CXLVII, 469-474. — The surgical treatment of pancreatitis. *Surg. Gyn. Obst.* 1908, VII, 607-613, 701-706.

C. H. MAYO. — Jaundice and its surgical significance. *Surg. Gyn. Obst.* 1920, XXX, 545-549.

MAYO-ROBSON. — Pancreatitis, with especial reference to chronic pancreatitis (its simulation of cancer of the pancreas and its treatment by operation, with illustrative cases). *Lancet*, 1900, II, 235-240. — Chirurgie du pancréas. XIII^e Cong. intern. Med. Paris 1900. *Rev. Gyn. Chir. Abd.* 1900, IV, 1104. — *J. Am. Med. Ass.* 1902, 807. — *Ann. of Surg.* 1902, janvier. — Observations on the evolution of abdominal surgery from personal reminiscences extending over a third of a century and the performance of 2.000 operations. *Lancet*, 1903, II, 292-297. — *J. Am. Med. Ass.* 1903, 1161. — The pathology and surgery of certain diseases of the pancreas. *Lancet*, 1904, I, 773-782, 844-854, 911-916. — The clinical and pathological importance of chronic pancreatitis. *Edinb. Med. J.* 1905, XVIII, 485-508. — A note on interstitial pancreatitis in its relation to sprue. *Brit. M. J.* 1907, II, 203. — Anatomy of the pancreas in relation to its diseases. *Brit. M. J.* 1908, I, 1153. — Pancreatic catarrh and interstitial pancreatitis in its relation to catarrhal jaundice and also to glycosuria,

- Surg. Gyn. Obst.* 1908. — Beziehungen der Anatomie zu den Krankheiten des Pankreas. *Berl. Klin. W.* 1908, XLV, 136-162, 360-365. — Chronic forms of pancreatitis. *Cong. intern. Budapest*, 1909, LXXXIX, 371.
- MAYO-ROBSON et CAMMIDGE. — The pancréas, its surgery and pathologie. Londres, 1907.
- MAYO-ROBSON et DOBSON. — Diseases of the gall-bladder and bile ducts, 1904, 3^e édit., Londres
- MAYO-ROBSON et MOYNIHAN. — Maladies du pancréas et leur traitement chirurgical. 1903.
- MARTON. — Chronic pancréatitits with fat necrosis, multiples perforations of the anterior wall of the stomach. *Med. Rec.* 1919, XCV, 342.
- MELKICH. — 2 Fälle von chronischer indurativer Pankreatitis. Die Diagnose der chronischen Pankreatitis. *Prakt. Watsch.* 1902, in *Zentralbl. f. Chir.* 1903, XXX, 31-32.
- MERK. — Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallensteine. *Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1902, IX, 445-605.
- MICHAUX. — Scléroses pancréatiques. *B. et M. Soc. Chir.* 1902, XXVIII, 309.
- MICHEL. — Diagnostic de la pancréatite. III^e Cong. Soc. intern. chir. Bruxelles, 1911. *Rev. Gyn. Chir. Abd.* 1911, XVII, 535-542. — Diagnostic des Pancréatites. *Ann. intern. de Chir. gastro-intest.* 1911, V, 78-120. — *Arch. prov. de Chir.* 1911, XX, 451-492. — *J. de Chir. et Ann. Soc. belge de Chir.* 1911, XI, 320-323.
- V. MIKULICZ-RADECKI. — Surgery of the pancreas. *Ann. surg.* 1903, XXXVIII, 1.
- MILNE. — Atrophy of the pancreas after occlusion of the pancreatic duct. *J. Med. Research.* 1912-1913, XXVI, 405-413.
- MITCHELL. — Pancreatitis chronic and acute, from obstruction of the duct by a calculus at the ampulla of Vater. *N.-York M. J.*, 1909, LXXXIX, 1196-1197.

- MOLINA. — Sur 219 opérations personnelles sur les voies biliaires (Rap. Gosset). *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1924, L, 70-75.
- MOORE. — A case of general pancreatitis with jaundice. *Lancet*, 1904, II, 25-26.
- MORGAN. — Enormous dilatation of the bile ducts from stricture of the ductus communis choledochus. *Trans. path. Soc. London*, XXVII, 1876, 176-178.
- MOSETIG-MOOHROFF. — Schweres Kompressionsikterus durch tumorbildende chronische Pankreatitis. *Wiener Med. Press.*, 1902, XLIII, 66-67.
- MOURSOU. — Ictère ancien dû à de la lithiasé biliaire avec induration du pancréas; intervention chirurgicale. *Caducée*, 1909, IX, 329.
- MOUISSET et GATÉ. — Pérítónite tuberculeuse avec rétrécissement des voies biliaires. Ictère chronique. *Lyon Méd.*, 1913, 434.
- MOYNIHAN. — A case of typhoid pancreatitis. *Lancet*, 1903, I, 1586-1587. — Some cases of chronic pancreatitis. *Lancet*, 1902, II, 856-859. — The value and significance of certain signs and symptoms of pancreatic disease. *Brit. M. J.*, 1904, II, 1740-1742. — On the violation of Courvoisier law. *Edinb. M. J.*, 1906, XIX, 410-416. — Cholelithiasis: its early recognition and early surgical treatment. *Practitioner*, 1908, LXXII, 830. — Discussion on the operative treatment of obstructive jaundice and the proper selection of cases. *Brit. M. J.*, 1909, II, 936-942. — The operative treatment of obstructive jaundice and the proper selection of cases. *Lancet*, 1909, II, 337.
- MUSCATELLO. — Sulla cura chirurgica delli pancreatiti. *XXI^e Congr. italien de Chirurgie*, Rome, 1908. — La colelitiasi con speciale riguardo alle infezioni della cistifellea ed alle complicazioni pancreatiche. *Riforma Med.*, 1923, XXXIX, 1072.
- MUNRO. — Surgery of the bile passages with special reference to the end results. *Boston M. and S. J.*, 1909, CLX, 359-364. *Long-Island M. J.*, 1909, III, 63.

- NEFF. — The surgery of the gall-bladder and biliary tract. *Surg. Gyn. Obst.*, 1919, XXVIII (Intern. Abst. Surg, I, 33).
- NEVE. — On the morbid anatomy of the pancreas. *Lancet*, 1891, II, 659-661.
- NICOLL. — Remarks on the frequency, diagnosis and treatment of chronic pancreatitis. *Brit. M. J.*, II, 1919, 625-627.
- NIEDERLÉ. — O chronické intersticiální pankreatitide. *Sborník Klinický*, 1905-06, VII, 249-264 (*in Zentralbl. f. Chir.*, 1906, XXXIII, 1343-1344).
- NIMIER. — Notes sur la chirurgie du pancréas: tumeurs solides du pancréas. *Rev. Chir.*, XIII, 1893, 1007-1043.
- NOETZEL. — Zur Therapie der Pankreatitis. *Beitr. z. Kl. Chir.*, 1908, LVII, 734-781.
- O. NORDMANN. — Die Steinfreie Gallenblasentzündung und ihre Komplikationen (Pankreatitis). *Arch. Klin. Chir.*, CXXVII, 1923, 600-623.
- OCHSNER. — The diagnosis of pancreatitis. *Surg. Gyn. Obst.*, 1908, VII, 621-623, 701-706. — Die pancreatitis vom Standpunkte der klinischen Chirurgie. *Klin. therap. Woch.*, 1909, XVI, 693-699. — Pancreatitis from the Standpoint of the clinical surgery. *J. Ad. M. Ass.*, 1910, LIV, 1776-1778.
- OPIE. — The relation of cholelithiasis to disease of the pancreas and to fat necrosis. *Am. J. M. Sc.*, 1901, 27. — The causes and varieties of chronic interstitial pancreatitis. *J. Am. Med. Ass.*, 1902, mai. — The relation of cholelithiasis to disease of the pancreas. *J. Am. Med. Ass.*, 1904. — Disease of the pancreas, its cause and nature, Londres, 1910.
- ORDWAY. — Chronic pancreatitis with tumor-like nodules in the cat. *J. Med. Research.*, 1909, XXI, 451-458.
- ORTH. — Seltener Verlauf einer Pankreaserkrankungen. *Deutsch. Med. Woch.*, 1918, XLIV, 857.
- OWEN. — Two cases of chronic pancreatitis treated by laparotomy. *XVII^e ann. meeting brit. med. ass. Brit. M. J.*, 1902, II, 1310-1312.

- PARMENTIER et CHABROL. — Pathologie du pancréas, in *Nouveau Traité de Médec. Roger, Vidal, Teissier*, XV, 139-187, 1923.
- PAUCHET. — Pancréatite biliaire; diagnostic et traitement. *Clinique*, 1910, V, 793.
- PEPPER. — Clinical remarks on several cases of pancreatic diseases. *Med. News*, 1882, II, 678.
- PHELIP. — Deux cas de pancréatite (aiguë et chronique). *Arch. de Méd. d. Enf.*, 1920, XXIII, 357-362.
- PHILLIPS. — A fibroid and calculous disease of the pancreas with jaundice and diabetes. *Trans. of the clin. soc., London*, 1904, XVII, *Lancet*, 1904, I, 508. — Some affections of the pancreas. *Tr. M. Soc. London*, 1907, XXX, 84-110. *Lancet*, 1907, I, 418-422; 503-505. — Note on a case of pancreatitis with jaundice and acute parotitis in scarlet fever. *Lancet*, 1908, I, 853.
- PIGNACCA. — Sulla pancreatite cronica. *Morgagni* (Milan), 1914, LVI, 472-480.
- PIRONE. — Chronische Entzündung des Pankreas und Zirrhose der Leber. *Wien. Med. W.*, 1903, 1052.
- POGGENPOHL. — Zur Frage der Veränderungen des Pankreas bei Leberzirrhose. *Arch. f. Pathol. An. u. Phys.*, 1909, CLXXXVI, 466-501.
- POLIAK. — Sur un cas de pancréatite chronique. *Th. Montpellier* (Univ.), 1921-22.
- POOL. — Transfusion for postoperative hæmorrhage in case of obstructive jaundice. *Ann. surg.*, 1914, LX, 768.
- POOSELT. — Ein Fall von chronischer Pankreatitis mit zystöser Entartung des Pankreas. *Prager Med. W.*, 1900, N° 12.
- POURTOY. — De l'induration inflammatoire de la tête du pancréas; son rôle dans certains cas d'obstruction des voies biliaires. *Th. Lyon*, 1902-03.
- PRESNO Y BASTIONY. — Obstruccion calculosa del coledoco y pancreatitis crónica, colecistectomía, coledocotomía y drenaje del conducto hepático. *Arch. de la Soc. estud. clin. de la Habana*, 1915, XXII, 56-63. — *Rev. de Med. y Cirug. de la Habana*, 1915, XX, 165-171. — Sobre la

- pancreatitis cronica de origen biliar. *Rev. de Med. y Cirug. de la Habana*, 1915, XX, 305-312. — Litiasis del conducto coledoco y pancreatitis cronica. *Rev. de Med. y Cirug. de la Habana*, 1915, XX, 515-518.
- PURPURA. — Sopra un caso di pancreatite chronica indurativa con stomaco a clessidra. *Gastroplastica. Guarizionne. Riforma Med.*, 1905, XXI, 421-425.
- QUÉNU. — Ictère chronique sans calculs. Laparotomie. Guérison. *B. et M. Soc. Chir., Paris*, 1898, XXIV, 558-559. — De la cholédocotomie: choledocotomie sans suture et choldocotomie intra-duodénale. *Ibid.*, 1903, XXIX, 599-610. — *Ibid.*, 1903, XXIX, 679-680. — Du diagnostic opératoire des obstructions du cholédoque et spécialement de la duodénotomie exploratrice. Des indications de la cholédoco-entérostomie. *Ibid.*, 1905, XXXI, 947-962. — Chirurgie des voies biliaires. *Ibid.*, 1906, XXXII, 200-204. — La pancréatite chronique biliaire et son traitement. *J. des Praticiens*, 1910, — *Revue gén. Clin. et Thérap.*, 1910, XXIV, 403-406. — Pancréatite biliaire, *Clinique*, 1912, VII, 113-117, 129-136. — Pancréatite biliaire, *B. et M. Soc. Chir.* 1919, XLV, 1231, 1233-1239.
- QUÉNU et DUVAL. — Pancréatites et lithiasc biliaire. *Rev. Chir.*, 1905, XXXII, 401-445.
- RAMOND. — Ictère grave d'origine pancréatique. *B. et M. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1910, XXIX, 71-73.
- RATHERY. — Article: maladies du pancréas. In *Debove, Achard, Castaigne*, II, 1908.
- RECLUS. — *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1903, XXIX, 679-680.
- REYNALDO do SANTOS. — Pancreatites. III^e Cong. Soc. intern. *Chir. Bruxelles*, 1911. *Rev. de Gyn. et Chir. Abd.*, 1911, XVIII, 548.
- RICHARDSON. — Surgical diseases of the pancreas. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1902, XIV, 426-433.
- RIEDEL. — Über entzündliche und Rückbildung fähige Vergrößerungen Pankreaskopfes. *Berl. Klin. W. f. Chir.*, 1896; XI, 1-5, 32-35.

- RIMANN. — Beiträge zur Chirurgie und Pathologie der Cholelithiasis. *Beit. z. Klin. Chir.*, 1908, LX, 535-673.
- RITTER. — Beitrag zur Kasuistik der Pankreaserkrankungen. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1919, CXVII, 324-355.
- ROBE. — Chronic pancreatitis with report of a case. *Colorado Med.*, 1908, V, 242-245.
- RODMAN. — Chronic pancreatitis resembling carcinoma. *Ann. Surg.*, 1907, XLVI, 315.
- ROSENTHAL. — Sekundäre chronische Pankreatitis im Anschluss an Gallensteinleiden. *Inaug. Diss. Iéna*, 1909.
- ROTH. — Chronic pancreatitis. *N.-York M. J.*, 1913, XCVII, 1106-1108.
- ROUTIER. — Calculs du cholédoque; induration de la tête du pancréas. *B. et M. Soc. de Chir. de Paris*, 1903, XXIX, 607-610.
- SADLIER. — Excessive drainage complicating surgery upon the common bile duct. *Tr. Am. Ass. Obst. Gyn.*, 1916, 259-267.
- SAILER. — Chronic pancreatitis. *Am. J. M. Sc.*, 1910, CXL, 330-339.
- R. do SANTOS. — Aspecto chirurgico das pancreatites cronicas. *Lisbonne*, 1906 (*Th. de concours de l'Université*).
- SANTY. — Cholécysto-gastrostomie pour pancréatite chronique. *Soc. de Chir. de Lyon*, 15 mars 1923. *Lyon Chir.*, 1923, XX, 618-619.
- SAVY et LERICHE. — Pancréatite non biliaire; pancréatotomie; drainage; guérison. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 1914, XIII, 369-372.
- SCHISTOWITSCH. — Sklerose des Pankreas mit Steinen im Ausführungsgange und Diabetes Mellitus. *Russk. Wratsch.*, 1908 (*in Deutsche Med. W.*, 1908, 709).
- SCHMIDT. — Über chronische Pankreatitis. *Mitteil aus d. Grenzgeb. z. Mediz. u. Chir.*, XXVI, 1913, 9-12. — Some remarks about chronic inflammation of the pancreas. *Postgraduate*, 1913, XXVIII, 1073-1084.
- SCHMIEDEN. — Über Pankreascirrhose. *Münchn. Med. W.*, 1906, LIII, 2289-2292.

- SCHUPFER. — Sulla colelitiasi con speciale riguardo alle infezioni biliari ed alle complicazioni pancreatiche. *Riforma Med.* 1923, XXXIX, 1070.
- SCHWARTZ. — *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1903, XXIX, 675-679.
— Diagnostic de l'ictère chronique par rétention. *Paris Méd.*, 1910-1911; 192-195.
- SEGOND. — Discussion sur les pancréatites chroniques. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1906, XXXII, 183-184.
- SEVIN. — Etude clinique des ictères chroniques syphilitiques. *Th. Paris*, 1914.
- SINGER. — Zur Klinik der chronischen Pankreasaffection. *Wien. Med. W.*, 1910, LX, 2605-2609.
- SMITH. — Cholelithiasis und pancreatitis. *J. Am. Med. Ass.* 1909, I, 1828. — The surgical conception of pancreatitis. *Ann. Surg.* 1909, L, 736-761. — A further consideration of chronic pancreatitis. *Ohio M. J.* 1910, VI, 361-364. — Chronic pancreatitis. *Brit. M. J.* 1920, I, 62.
- SOULIGOUX. — Chirurgie des voies biliaires. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1907, XXXIII, 976-996.
- SROBOLEW. — Beitrage zur Pankreas Pathologie. *Beitr. z. Path. Anat. u. z. allg. Path.* 1909-1910, XLVII, 399-422.
- STADMULLER. — The diagnosis of chronic pancreatic disease. *Arch. Diagn.* 1911, IV, 20-37.
- STAUDER. — Allgemeine Diagnostik und Behandlung der Pankreaserkrankungen. *Münchn. M. W.* 1913, LX, 2290-2294; 2348-2351.
- STEINHAUS. — Über das Pankreas bei Lebercirrhose. *Deutsch. Arch. f. Kl. Med.* 1902, LXXIV, 537-576.
- STERN. — Sur la pancréatite chronique indurée. *Assoc. siles. pour l'avancement des sciences*. Nov. 1904 (*in Presse Méd.*, 1904, XII, 838).
- STOCKS. — The diagnosis of pancreatic disease. *Lancet*, 1918, I, 829-830.
- STRAUSS. — Hochgradige pankreasatrophie bei Diabetes. *Berl. Klin. W.*, 1911, XLVIII, 40.
- STRONG. — Pancreatitis; report of four cases. *Long Island M. J.* 1914, VIII, 339-342.

- SUMMERS. — *J. Am. Med. Ass.* 1907, 592.
- SWOPE. — Cholangitis und Pancreatic lymphangitis. *Tr. Am. Ass. Obst. and. Gyn.* 1913, XXVI, 377-383.
- TÉDÉNAT. — Des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales. *XXX^e Cong. fr. de Chir. Paris*, 1923, 585-594.
- TÉLÉKY. — Pankreasdiabetes und Icterus gravis. *Wien. Klin. W.* 1902, XV, 741.
- TERMIER. — Interventions pour oblitérations non calculeuses des voies biliaires. *XXXII^e Congr. fr. de Chir. Paris*, 580-585.
- TERRIER. — Remarques cliniques sur un cas d'obstruction du cholédoque avec dilatation de la vésicule biliaire. Laparotomie. Ponction de la vésicule biliaire; cholécysto-entérostomie; guérison. *Rev. de Chir.* 1839, IX, 973-981. — Remarques sur deux cas : l'un de cholécystoduodénostomie, l'autre de cholécysto-gastrostomie. *Rev. de Chir.* XVI, 169. — Le drainage des voies biliaires principales. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1905, XXXI, 1090-1104. — Pancréatite chronique; rétention biliaire par compression probable du cholédoque; oblitération du cystique; cholécystectomie; drainage de l'hépatique. Mort. *B. et M. Soc. Paris*, 1906, XXXII, 164-171.
- THOMSON. — Cases of chronic pancreatitis, and carcinoma of the pancreas. *Lancet* 1911, II, 221-222.
- TIETZE. — Sur la pancréatite chronique indurée. *Ass. silés. pour l'avancement des sciences*. Nov. 1904 (*in Presse Med.* 1904, XII, 837-838).
- TOOTH. — A case of complete obstructive jaundice in a child. *St Barth. Hosp. Rep.* 1912, XLVII, 33-37.
- TRINKLER. — Zur Diagnose der Syphilis des Pankreas. *Kirurghia* 1903. Juillet (*in Arnsperger* 1904). — *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1904, LXXV, 58-70.
- TROELL. — Zur Pathologie und Therapie der gutartigen Choledochusstenosen anlässlich eines operierten Falles. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. M. u. Chir.* 1918, XXX, 545-556.

- TUFFIER. — A propos de la lithiasé biliaire. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1903, XXIX, 741-759. — A propos de la chirurgie du canal hépatique. *Ibid.*, 1905, XXXI, 251-254. — A propos des obstructions du cholédoque. *Ibid.*, 1905, XXXI, 1072-1079.
- URUTTIA. — La retención pancreatica en el cancer de la cabeza del pancreas y en la pancreatitis crónica. *Rev. de Med. y chirurg. pract.*, 1918, CXX, 97-101.
- VALENTINI. — Sulla pancreatite crónica. *Gazz. Med. napolet.*, 1922, 66-70.
- VAUTRIN. — Traitement de la pancréatite chronique compliquée d'oblitération du cholédoque. *Rev. de Chir.*, 1908, XXXVII, 589-627. — La tuberculose primitive du pancréas. *Rev. Méd. Est*, 1912, XLIV, 712-714. — La tuberculose du pancréas. *Rev. de Méd. de l'Est*, XLIV, 712, 1914.
- VIANNAY. — Syndrome pancréatico-biliaire (pancréatite sténosante); cholécystectomie et drainage de l'hépatique; guérison. *Loire Méd.*, 1908, XXVII, 153-157.
- VILLAR. — Diagnostic et traitement des tumeurs du pancréas. *XIII^e Cong. intern.*, Paris, 1900; *Rev. Gyn. et Chir. Abd.* 1900, IV, 1106. — Pancréatite chronique de la tête du pancréas, *Gaz. heb. Soc. Méd. de Bordeaux*, 1905, 22 déc., *Gaz. Hebd. Sc. Méd. de Bordeaux*, 1906, XXVII, 54-56. — Chirurgie du pancréas, *Rapp. au Cong. fr. de de Chirurgie de Paris*, 1905, 411-724. — Traitement de la pancréatite chronique, *Arch. Prov. Chir.*, 1906, XV, 569-590.
- VILLARD. — Pancréatites chroniques, *Lyon Méd.*, 1911, CXVI, 179-182. — Pancréatite chronique; drainage du pancréas et du canal de Wirsung. Guérison, *Lyon Méd.*, 1912, CXIX, 401-404. — 80 cas de cholécotomie pour calculs. *Cong. fr. de Chir.*, 1919.
- VILLARET et CHABROL. — Les pancréatites tuberculeuses à forme ictérique, *Paris Méd.*, 17 nov. 1911, 545-548. — La pancréatite tuberculeuse à forme ictérique. *Rev. intern. de la tuberc.*, 1912, XXI, 5-9.

- WALKO. — Über chronische Pankreatitis, *Wissensch. Gess. Deutsch. Aertze in Bohmen*, 1 mai 1907. — *Münchn. Med. Woch.*, 1907, LIV, 1460. Erkennung und Behandlung der Erkrankungen des Pankreas. *Prag. Med.*, 1909, XXXIV, 447-467, 489.
- WALTER-SALLIS. — Syphilis du pancréas. *Arch. des Mal. de de l'appar. dig.*, 1912, VI, 140-148. — Syphilis du pancréas. *Ann. de Derm. et Syph.*, 1913, IV, 657-668. — Les pancréatites non biliaires. *Rev. de Chir.*, 1913, XLVIII, 907-937; *ibid.* 1914, XLIX, 446-477. — Tuberculose primitive du pancréas. *Rev. de la Tuberc.*, 1914, XI, 114-127.
- WARTHIN. — Syphilis of the pancreas; with reference to the coincidence of syphilitic pancreatitis and diabetes. *Tr. Ass. Am. Physic.*, 1916, XXXI, 387-393.
- WATSON. — The diagnosis and treatment of pancreatitis. *Lancet*, 1908, II, 1519-1522. — Pancreatitis with jaundice. *Lancet*, 1908, I, 967.
- WEICHSELBAUM. — Chronische Pankreatitis bei chronischem Alkoholismus. *Wien. Klin. Woch.*, 1912, 63.
- WENDEL. — Indurative Pankreatitis. *Münchn. Med. W.*, 1908, LV, 877.
- WHEELER. — A case of chronic pancreatitis. *Med. Press and circ.*, 1907, LXXXIII, 392-394. *Tr. Roy. Acad. M. Ireland*, 1907, XXV, 180-187.
- WHIPPLE. — Historic analysis applied to surgical diseases of the biliary tract and pancreas. *Ann. Surg.*, 1918, LXVIII, 471-484. — Pancreatic asthenia. *Ann. Surg.*, 1923, LXXVIII, 177 (*in Surg. Gyn. Obst.*, 1924, 2, 118).
- H. WHITE. — On the desirability of operating for and the mortality from chronic pancreatitis. *Brit. Med. Journ.*, 1903, II, 126-127.
- WHITTEMORE. — Surgery of the biliary passages during a periode from Jan. 1901, to Jan. 1911, at the Massachusetts General Hospital. *Boston M. S. J.*, 1913, CLXIX, 571-575.

- WINTERNITZ. — Changes in the pancreatic ducts, and their relation to chronic pancreatitis. *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, 1908, XIX, 237-241. — Akute Pankreasekrankungen und chronische Pankreatitis sowie ihre balneotherapeutische Beeinflussung. *Wien. Med. W.*, 1922, LXXII, 192.
- WITTE. — Über Erkennung und Behandlung der Pankreatitis. *Berl. Klin. W.*, 1909, XLVI, 347-352.

2. — Anastomoses biliaires

- ARCHIBALD. — Does cholecystentérostomy divert the flow of bile from the common duct. *Canad. M. Ass.*, 1912, II, 557-562.
- ARAPOFF. — Anastomose entre la vésicule et le duodénum. *Khirurgiya*, 1913, XXXIV, 165-169.
- BARCOCK. — The control of hyperchlorhydria and its consequences by cholecystogastrostomy. *Med. Rec.*, 1920, XCVIII, 476. — Cholecystogastrostomy and cholecystoduodenostomy. *Am. J. Obst. Gyn.*, 21, I, 854-859. — *Tr. Am. Ass. Obst. Gyn.*, 1920-1921, LXXVI, 1484-1497.
- BALCH. — A case of cholecystenterostomy. *Boston M. S. J.*, 1910, CLXII, 173-174.
- BARBER. — Cholédoco-enterostomy and post-operative dilatation of the bile ducts. *Ann. Surg.*, LXX, 1919, 530-534.
- BARR. — Cholecyst-gastrostomy. *J. Tenn. M. Ass.*, 1914-15, VII, 454.
- BAZY. — Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse et hépatico-duodénostomie pour oblitération du cholédoque. *B. et M. Soc. Chir.*, Paris, XXXIV, 1908, 322. — *Ibid.* 1911, XXXVII, 1322. — Clinique du canal cholédoque et du canal hépatique. *Congr. Chir.*, 1908. — Résultats éloignés des anastomoses entéro-biliaires. *Bull. Acad. Méd.*, 1916 LXXV, 135-141. — Pièce d'hépatico-duodénostomie. *Bull. Acad. Méd.*, 1919, 295-296. — *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1919, XLV, 674.

- BEHREND. — Case of obliteration of common bile duct following operation cured by an hepatico-duodenostomy. *Ann. Surg.*, 1918, LXVIII, 32. — Cholecystogastrostomy. *J. Am. M. Ass.*, 1921, LXXVII, 342. — A case of chronic jaundice cured by a lateral anastomosis of the common bile duct with the stomach. *Penn. M. J.*, 1921, 22, XXV, 268.
- BEHUREL. — Les fistules biliaires et leur traitement par l'entérostomie biliaire. *Th. Paris*, 1906.
- BEVAN. — The present stats of the surgery of the bile tract. *Surg. Gyn. Obst.*, 1918, XXVII, 49-54. — Obstruction of the common bile duct. *Surg. Clin.*, 1919, III, 737-741.
- BOPPE. — Quelques opérations rares sur les voies biliaires, in Hartmann, *Chirurgie des voies biliaires*, Paris, 1923, Masson, éd.
- BRAULT et GRÉGOIRE. — Ictère chronique par rétention. Sténose du cholédoque. Cholédoco-duodénostomie. *B. et M. Soc. Med. des Hôp. de Paris*, 1913, XXXV, 855-859.
- BRENTANO. — Die cholecystentero-anastomosis retrocolica. *Zentralbl. f. Chir.*, 1907, XXXIV, 681-683.
- BRIN. — Sur un cas de cholédoco-entérostomie (opération de Riedel). (Rap.: Quénu). *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1905, XXXI, 945-962.
- BURNET. — Contribution à l'étude des anastomoses entéro-biliaires. *Th. Lyon*, 1921, 622.
- CANNAC. — De la cholécystogastrostomie. *Th. Bordeaux*, 1897.
- CASES. — Observations radiologiques sur le duodénum et plus spécialement sur les lésions situées au-delà de la première portion. *J. de Radiol. et d'Electr.*, 1916-17, II, 497-506.
- CERNEZZI. — Contributo clinico alla colecistogastrostomia. *Gazz. d. Osp.*, 1906, XXVII, 1396-1398. *Arch. atti. d. Soc. ital. di Chir. Roma*, XX, 1906, 195-205.
- CHUTRO. — Lésion du pancréas, obstruction complète du cholédoque; anastomose de la vésicule biliaire à l'estomac. *B. et M. Soc. Chir.*, 1918, XLIV, 1277-1280.

- COTTE. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. *Th. Lyon*, 1907-08. — Cholécystogastrostomie. *Soc. Chir. Lyon*, 3 nov. 1921, *Lyon Chir.*, 1922, XIV, 212-213. — La cholécystogastrostomie dans le traitement de certaines crises douloureuses d'origine biliaire ou de cirrhoses biliaires sans lithiase. *Soc. Chir. Lyon*, 15 mars 1923, in *Lyon Chir.*, XX, 621. — Trois nouveaux cas de cholécystogastrostomie pour crises douloureuses d'origine biliaire sans lithiase. *Lyon Chir.*, 1924, XXI, 323. — Sur la cholécystogastrostomie dans le traitement des angio-cholécystites chroniques non-calculieuses. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1925, LI, 472-482.
- DARRINGTON. — The indications for technic of cholecystojejunostomy. *Railway Surg. J.*, 1913-14, XX, 170-175.
- DASTRE. — *Arch. Physiol.*, 1890, II, 316.
- DEAVER. — Cholecystogastrostomy, 72nd. ann. sess. am. med. ass., 1921. *J. Am. M. Ass.*, 1921, LXXVII, 341.
- DELAGÈNIÈRE. — De la cholécystoentérostomie. *Th. Paris*, 1889-1890. — Un cas de cholécysto-entérostomie en Y; guérison. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, XXXIII, 1907, 111, 116. — De la cholécysto-entérostomie en Y (1 observation suivie de guérison). *Arch. prov. de Chir.*, 1907, XVI, 1-12.
- DELBET (Pierre). — Un cas de cholécysto-entérostomie. Résultats éloignés. (Rap. de Chaput). *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1896, XXII, 90-100. — Ictère, coliques hépatiques subintrantes, cholécysto-duodénostomie, guérison. *Ibidem*, XXII, 1896, 569 (Rapp. Broca). — Hépatico-duodénostomie. *Ibid.*, 1907, XXXIII, 949-950. — Les anastomoses des voies biliaires avec les voies digestives. *Ibidem*, 1911, XXXVII, 1334-1335. — Rétrécissement du cholédoque. Cholécysto-duodénostomie. *Ibid.*, 1924, L, 1144-1146.
- DELORE. — Trois observations d'entérostomie biliaire. *Soc. Chir. Lyon*, 3 nov. 1921, *Lyon Chir.*, 1922, 208-210.
- DELORE et WERTHEIMER. — Les anastomoses entéro-biliaires (Cholécysto-entérostomie et cholécysto-gastrostomie). *Rev. Chir.*, 1921, LIX, 400-418.

- DOZQ. — De la cholécysto-entérostomie en Y. *Presse Méd. Belge*, 1907, LIX, 1133-1138. — De la cholécysto-entérostomie en Y (1 observation). *Soc. Médico-Chir. du Brabant*, 1908.
- DOWNES. — Chronic obstructive jaundice. Cholecysto-gastrostomy. *Tr. South Surg. Ass.*, 1922, XXXV, 342. — Chronic obstructive jaundice (non calculous), review of 9 cases treated by cholecysto-gastrostomy. *J. Am. M. Ass.*, 1923, LXXX, 377-380.
- DRUCBERT et LOOTEN. — Cholécystentérostomie pour ictère chronique. *Echo Méd. du Nord*, 1906, X, 417. — *Nord Méd.*, 1906, XII, 210.
- DUBOSE. — Cholecysto-gastrostomy and cholecysto-duodenostomy. *Surg. Gyn. Obst.*, 1924, XXXIX, 295-300.
- DUJARIER. — Cholédoco-gastrostomie chez une malade opérée antérieurement de cholécystectomie. Guérison. (Rapp. Hartmann): *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1911, XXXVII, 1318-1322. — Sur la cholécysto-gastrostomie. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1925, LI, 484.
- DUJON. — Cholécysto-duodénostomie pour imperméabilité du cholédoque consécutive à des adhérences péritonéales, reliquat d'une péritonite tuberculeuse. *XIX^e Congr. fr. Chir.*, 1906.
- DUVAL. — A propos de quelques cas de chirurgie de la voie biliaire principale. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1919, XLV, 1298. — Sur la cholécysto-gastrostomie. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1925, LI, 482-483.
- ENRIQUEZ et GOSSET. — Syndrome vésiculo-duodénal; cholécystite ancienne et péricholécystite avec fistule entre la **vésicule** et le duodénum. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1914, XL, 282-286.
- ERDMANN. — Carcinoma of the papilla of Vater. Cholecystostomy; posterior gastro-enterostomy; cholecystentérostomy. *Ann. Surg.* 1913, LVIII, 687.
- ERDMANN et HEYD. — The relief of chronic obstructive jaundice by palliative operations. *Am. J. M. Sc.*, 1916, CLII, 174-185.

- ERDMANN. — Obstructive (malignant) jaundice operative relief by cholecysto-gastrostomy. *Ann. Surg.*, 1918, LXVII, 273-277, 369-372.
- FLORCKEN. — Die choledoco-duodenostomie, als Ersatz der Kers'chen Hepatikus-drainage. *Münchn. Med. W.*, 1922, LXIX, 1431.
- FLORCKEN, und STEDEN. — Die Nah-und Fern-ergebnisse der Choledochoduodenostomie. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1923, CXXIV, 49-59.
- DE FRANCESCO. — Di una colecisto-gastrostomia. *Gazz. d. Osp. Milano*, 1906, XXVII, 342-345.
- FULLERTON. — A modification of the operation of cholecystenterostomy. *Brit. M. J.*, 1922, I, 995.
- GATEWOOD et POPPENS. — Cholecystenterostomy from an experimental standpoint. *Surg. Gyn. Obst.*, 1922, XXXV, 445-452.
- GASTON. — On the practicability of establishing an artificial fistulous opening in the human subject between the gall-bladder and the duodenum. *Brit. M. J.*, 1887, 267.
- GILBRIDGE. — Cholecystogastrostomy. *J. Am. M. Ass.*, 1921, LXXVII, 342.
- GOSSET. — Cholécysto-gastrostomie pour oblitération du ché-lédoque après blessure de guerre. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1916, XLII, 1109-1112.
- GREY. — An experimental study of the effect of cholecysto-gastrostomy on gastric acidity. *J. Exper. M.*, 1916, XXXIII, 15-24.
- GUERRY. — Cholecystenterostomy in certain cases of pancreatitis. *Surg. Gyn. Obst.*, 1910, X, 207.
- HAMILTON. — Some observations on the surgery of the gall-bladder and bileducts. *Am. J. M. Sc.*, 1909, CXXXVII, 110-115.
- HEYD. — Cholecysto-gastrostomy and Courvoisier gall-bladder. 72nd. ann. sess. of the Am. Med. Ass., 1921. *J. Am. M. Ass.*, 1921, LXXVII, 339-342. — The physiology of the extra-hepatic biliary system and its application to surgical therapy. *Am. J. M. Sc.*, 1923, CLXVI, 526.

- HUBICKI et SZERSZYNSKY. — Influence de la cholécystentérostomie sur le foie et les voies biliaires. *Gaz. lekarska*, 1910, V, 30 (*in Zentralbl. f. Chir.*, 1911, XXXVIII, 1319). — Influence de la cholécystenterostomie sur le foie et les voies biliaires. *Przegled chirurgiczny i gynecologiczny*, VI, 1912, 1-17.
- JABOULAY. — La cholécysto-gastrostomie pour les tumeurs de la tête du pancréas. *Lyon Méd.*, 1898, LXXXIX, 365-368. — Cancer de la tête du pancréas avec hypertrophie du foie; double anastomose gastro-entérique et gastro-cholécystique. *Lyon Méd.*, 1906, CVI, 1018-1020.
- JACKSON. — Anterior choledoco-jejunostomy, with report of case. *Surg. Gyn. Obst.*, 1914, XIX, 232.
- JACOBSON. — Anastomosis of the gall-bladder to the stomach: « cholécystogastrostomy ». *Tr. Am. Ass. Obst. and Gyn.* 1914, XXVII, 172-182. — *Am. J. Obst.*, 1914, LXX, 825-836.
- JUDD. — *J. of the Am. Med. Ass.*, 1918, LXXI, 800. — Cholécysto-gastrostomy. *J. Am. M. Ass.*, 1921, LXXVII, 341.
- KAPPELER. — Die einzeitige Cholecystenterostomie. *Corresp. bl. f. Schw. Artze*, 1887, XVII, 513-524.
- KAPSINOW, ENGLE et HARVEY. — Intraabdominal biliary exclusion from the intestines. Cholecyst-nephrostomy, a new method. *Surg. Gyn. Obst.*, 1924, XXXIX, 62-65.
- KAUSCH. — Über Gallenweg-Darmverbindungen. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1912, XCVII, 249-300 et 574-623.
- KREMER. — Ein Fall einer, durch Choledochoduodenostomie, dauernd geheilten echten Choledochuszyste. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1919-20, CXIII, 99-125.
- KRUKENBERG. — Cholecystenterostomie mit Bildung eines Ruentlischen Gallengangen. *Zentralbl. f. Chir.*, 1904, XXXI, 125.
- KRUMM. — Zur Frage der Cholecystogastrostomie. *Münchn. Med. W.*, XLVIII, 1901, 826.
- KUHN. — Aussere Gallenblase-Dünndarmanastomose. *Verhandl. d. Gesellsch. Deutsch. Naturf. u. Artze*, 1909, 158.

- LECÈNE. — Sur la cholécysto-gastrostomie. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1925, LI, 482.
- LEHMAN. — Hepatitis following cholecysto-gastrostomy. *Arch. of Surg.*, 1924, XXII, 163.
- LEJARS. — Les indications et les techniques des anastomoses bilio-intestinales. *Sem. Méd.*, 1911, XXXI, 37-39.
- LERICHE. — Sténose inflammatoire du cholédoque; cholécysto-gastrostomie; guérison. *Lyon Méd.*, 1913, CXX, 758-760. — *Soc. Chir. Lyon*, 9 janv. 1913 (*Lyon Chir.*, IX, 336-338). — *Soc. Chir. Lyon*, 3 nov. 1921 (*Lyon Chir.*, XIX, 208-210).
- MALCOLM. — Cholecyst-duodenostomy for acute emaciation following the formation of a biliary fistula. *Clin. J.*, 1909-10, XXXV, 239.
- MARAGLIANO. — Cholecystenterostomie verbunden mit Enteroanastomose. *Zentralbl. f. Chir.*, 1903, XXX, 941-942.
- MARCHETTI. — Di una modificazione della colecisto-enterostomia alla Krause. *Policlin.*, 1910, XVII, sez. chir., 551-557.
- MARIANI. — Colecisto-gastrostomia per occlusione cronica del coledoco, funzione e contenuto gastrico normali dopo due anni e mezzo. *Riforma Med.*, 1912, XXVIII, 371-373.
- MASSE. — De la cholécysto-gastrostomie. *Cong. fr. de Chir.*, 1898, 300-310.
- MATHIEU. — La cholécysto-gastrostomie dans le traitement de certaines crises douloureuses d'origine biliaire. *B. et M. de la Soc. Chir. Paris*, XLVI, 1920, 1200-1204, 1261-1263. — Traitement des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales. Indications opératoires et résultats des interventions. *Rapport au XXXII^e Congr. fr. de Chirurg. 1923* — Sur la cholécysto-gastrostomie. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1925, LI, 483.
- MAYO-ROBSON. — A case of cholecystenterostomy. *Brit. M. J.* 1889, 1218-1219. — Certain forms of jaundice capable of relief or cure by surgical treatment, with a consideration of cholecystenterostomy based on an experience of 64 cases. *Lancet*, 1909, I, 371-374.

- MILES. — Case of stone in hepatic duct, subsequent to cholecystenterostomy performed for stricture of common bile duct. *Edinb. M. J.*, 1910, IV, 442-445.
- MOCQUOT. — Anastomose de la vésicule biliaire avec l'estomac et avec le duodénum. *C. R. Soc. Biol.* 1911, LXXI, 118. — *B. et M. Soc. An. Paris*, 1911, LXXXVI, 362-365. — Recherches expérimentales sur les anastomoses des voies biliaires avec l'estomac et avec l'intestin. *B. et M. Soc. An Paris*, 1913, LXXXVIII, 243-259. — Sur la cholécysto-gastrostomie. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1925, LI, 484.
- MONASTYRSKI. — Traitement chirurgical des sténoses du cholédoque. *Chirurg. Westrik*, 1888. *Centralbl. f. Chir.* 1888, 778-779.
- MONPROFIT. — Une nouvelle méthode de cholécysto-entérostomie, la cholécysto-entérostomie en Y. *Arch. prov. de Chir.* 1904, 380. — *Ibid.* 449. — Du remplacement du cholédoque et de l'hépatique par une anse jéjunale. *Anjou Méd.* 1908, XV, 261. — *XXI^e Cong. Chir. Paris*, 1908, 206-209. — On cholecystenterostomy in the form of a « Y ». *Brit. M. J.* 1908, II, 991. — Les nouveaux procédés d'anastomoses en Y pour les voies biliaires principales. *Anjou Méd.* 1909, XVI, 83-88. — *Ann. intern. Chir. gastrointestin.* 1909, III, 28-33. — La première opération d'hépatico-jéjunostomie. *Sem. Méd.* 1909, 93. — De la cholécystenterostomie en Y. *Congr. de Chir.* 1909, 1038-1039.
- MONTAGNON et DUCHAMP. — Obstruction néoplasique du cholédoque, abouchement de la vésicule dans l'estomac. *Loire Méd.* 1899, XVIII, 142-145. — Oblitération d'une anastomose cysto-gastrique dans un cas de rétention biliaire. *Loire Méd.* 1900, XIX, 294-296.
- MOORE. — A case of cholecysto-gastrostomy. *Brit. M. J.* 1921, II, 826.
- MURPHY. — Cholecysto-intestinal, gastro-intestinal, entero-intestinal, anastomosis and approximation without sutures. *Méd. Rec.* XLII, 665.

- NORDMANN. — Transjuncunale Hepaticus-drainage. *Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir.* 1913, XLII, 287-299. — *Deutsche Med. W.*, 1913, XXXIX, 776.
- O'DAY. — Surgery of the ductus communis choledochus. *Ann. Surg.* 1920, LXXI, 293-298.
- ODDI. — Azione della bile sulla digestione gastrica. 1887.
- PATEL. — Trois cas de cholécysto-gastrostomie comme traitement de la rétention biliaire au cours du cancer de la tête du pancréas. *Lyon Méd.* 1900, XCV, 186-196. — Cholécysto-gastrostomie pour cancer du pancréas. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 14 nov. 1900, in *Lyon Méd.*, 1900, III, 487. — Autopsie d'un cas de cholécysto-gastrostomie; survie de quatre mois. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 8 janv. 1901; *Lyon Méd.* 1901, XCVI, 174-176. — Néoplasme pancréatique; cholécysto-gastrostomie faite cinq jours après le début de l'ictère. *Soc. Sc. Méd.*, 9 déc. 1904; *Lyon Méd.* 1904, I, 61. — Les anastomoses viscérales au bouton de Jaboulay. *Lyon Chir.*, XI, 1914, 346. — Cholécysto-gastrostomie. *Soc. Chir. Lyon*, 3 nov. 1921; *Lyon Chir.* 1922, XIX, 212.
- PATURET. — De la cholécysto-entérostomie en général et de quelques points en particulier. *Th. Paris*, 1893.
- PENDL. — Beitrag zur Kasuistik der Choledocotomie und Cholecystentero-anastomose. *Wiener Klin. W.*, 1900, N° 22. — Bemerkungen zu Brentano's Mitteilung über die Cholecystentero-anastomosis retro-colica. *Zentralbl. f. Chir.* 1907, XXXIV, 842.
- PERRIN. — La cholécysto-gastrostomie dans l'occlusion supposée complète et directement irrémédiable du cholédoque. *Th. Lyon*, 1901-1902.
- PINARD. — Contribution à l'étude des anastomoses avec l'intestin des voies biliaires principales, dans les pancréatites chroniques. *Th. Bordeaux*, 1908-1909.
- POPE. — Cholecystenterostomy. *Surg. Clin. N. Am.*, 1922, II, 533-535.
- PRIOU. — Sur les anastomoses des voies biliaires principales avec l'intestin. *Th. Paris*, 1907-1908.

- QUENU. — Contribution à l'étude de la chirurgie du canal hépatique. De l'hépatico-gastrostomie. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1905, XXXI, 218-226.
- RADZIEWSKY. — Die künstliche Gallenblasendarmfistel und ihr Einfluss auf den Organismus. *Mitteil. aus den Grenzgeb. d. Med. und Chir.* 1902, IX, 659-712.
- RALPHS. — The operation of cholecystogastrostomy. *Brit. M. J.* 1922, I, 14.
- RICARD. — Sur une observation de cholécysto-enterostomie (Rapp. Michaux). *B. et M. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1894, XX, 572.
- RICHLER. — The technique of gall-bladder and common-duct surgery. *Surg. Gyn. Obst.* 1919, XXIX, 455-457.
- ROSENBACH. — Zur Frage der Cholecysto-enterostomie. *Charité Ann.* 1909, XXXIII, 423-432.
- SALVA-MERCADE. — Fistule biliaire; guérison par une hépatico-duodénostomie directe (Rapp. Richelot). *Bull. Acad. de Méd.* 1919, LXXXI, 208-211.
- SANTUCCI. — La colecisto-gastrostomia. *Cesalpino* (Arezzo), 1910, VI, 245-257.
- SASSE. — Über Choledocho-duodenostomie. *Arch. f. Klin. Chir.* 1913, C. 969-984.
- SCHMIDT. — Ein Fall von transventrikulärer Choledocho-duodenostomie beim Gallenstein (bei tumorartiger Anschwellung des Pankreas und Sarcom der linken Achselhöhle). *Deutsch. Zeits. f. Chir.* 1917, CXL, 275-308, CXLI, 420.
- SCHWARTZ. — Sur la cholécysto-gastrostomie. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1925, LI, 484.
- SIMON. — Beitrag zur Hepatico, und Choledocho-duodenostomie mittels Gummiprothese. *Beitr. z. Klin. Chir.*, CXX, 1920, 344.
- SMITH. — Morphological changes in tissues with change in environment changes in the gallbladder following autoplasmic transplantation into the gastro-intestinal tract. *J. Med. Research.* XXVII, 1912-1913.

- SOLOVOFF. — Cholecysto-entero-anastomosis retrocolica. *Khirurgia*, 1907, XXII, 431-435.
- SPANNAUS. — Die Cholecystentero-anastomosis retrocolica. *Beitr. z. Klin. Chir.*, LXX, 1910, 604-610.
- STEINE. — Cholecysto-colostomy, external biliary fistula, stricture of the common duct. *U. States. Navy M. Bull.* 1912, VI, 245.
- STRETTON. — Cholecysto-gastrostomy. *Brit. Med. J.*, 1922, II, 600.
- STUBENRAUCH. — Über plastische Anastomosen zwischen Gallenwege und Magendarmcanal zur Heilung der completen äusseren Gallenfistel. *Arch. f. Kl. Chir.* 1906, LXXIX, 1015-1030.
- SUMMERS. — A contribution into the surgery of the common bile duct. A case of choledochenterostomy. *J. Am. Med. Ass.* 1900, I, 592.
- SWAIN. — A case of cholecystenterostomy with the use of Murphy's button. *Lancet*, 1895, I, 743-744.
- TAVERNIER. — Cholécysto-entérostomie. *Soc. Chir. de Lyon*, 3 nov. 1921; *Lyon Chir.*, 1922, XIX, 211.
- TILLAUX. — Cholécysto-entérostomie. *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1890, 290.
- TIXIER. — Cholécysto-gastrostomie. *Soc. de Chir. de Lyon*, 15 mars 1923; *Lyon Chir.*, 1923, XX, 619-621.
- TUFFIER. — Oblitération complète du cholédoque sans ictère; cholécystite : extraction des calculs du cholédoque par refoulement dans la vésicule biliaire. Cholécysto-gastrostomie. Guérison. *B. et M. Soc. Chir. de Paris*, XXVIII, 1902, 306-309. — Sur la cholécysto-gastrostomie. *B. et M. Soc. Chir. de Paris*, 1925, LI, 482.
- DE VERNEJOUL. — Ictère par obstacle définitif; cholécysto-gastrostomie. *Soc. Chir. de Marseille; Marseille Méd.*, 1923, LX, 324-328.
- VILLARD. — Traitement des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales. Technique des interventions pratiquées. *Rapp. au XXXII^e Cong. fr. de Chir.*

- VILLARD et RICHER. — La cholécysto-gastrostomie. *Rev. de Chir.* 1925.
- WALTON. — Reconstruction of the common bile duct. *Surg. Gyn. Obst.* 1915, XXI, 269-275.
- WICKHOFF et ANGELSBERGER. — Cholelithiasis ; obturatio ductus choledochi ; Cholecysto-gastrostomie ; Heilung. *Wiener Kl. W.*, 1893, VI, 325-327.
- WIEDEMAN. — Experimentelle Untersuchung zur Lehre der Verdauung und Resorption verschiedener Nahrungsprodukte bei anormaler Gallenzufluss in den Verdauungsapparat. *Beitr. z. Kl. Chir.* 1914, LXXXIX, 594-598.
- V. WINIWARTER. — Ein Fall von Gallenretention bedingt durch impermeabilität des Ductus Choledochus. Anlegung einer Gallenblasen-Darmfisteln. Heilung. *Prag. M. W.* 1882, 201-213. — Un cas de cholécystenterostomie. *Ann. Soc. Med. et Chir. de Liège*, 1891, XXX, 277-282.
- WISE. — Cholecysto-colostomy, with a tube and the possibility of a valve formation. *J. Am. Med. Ass.*, 1924, LXXXII, 1936-1937.
- WHITE. — Cholecysto-gastrostomy. *Surg Gyn. Obst.*, 1920, XXXI, 493-496.
- ZAWADKI. — Traitement des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales. XXXII^e Congr. Chir. Paris, 1923, 555-559.
- ZEIDLER. — Ein Fall von Cholecystenterostomie. *St-Petersb. Med. W.*, 1919, XXVII, 611.
-

TABLE DES MATIÈRES

<i>Avant-propos</i>	13
1 ^{re} Partie. — LE SYNDROME PANCRÉATITE CHRONIQUE AVEC ICTÈRE	17
Chapitre I. — <i>Définition et limites</i>	19
Chapitre II. — <i>Anatomie pathologique</i>	27
A. — Lésions du pancréas, description macroscopique...	27
<i>a)</i> Le noyau isolé de pancréatite chronique	28
<i>b)</i> L'inflammation subaiguë massive de la tête du pan- créas	30
<i>c)</i> Pancréatite chronique indurée classique de la tête .	32
<i>d)</i> Pancréatite totale symétrique	33
<i>e)</i> Evolution générale des lésions	35
B. — Etude histologique des lésions pancréatiques	38
<i>a)</i> Pancréatite interstitielle non systématisée	39
<i>b)</i> Pancréatite interstitielle péricanaliculaire.....	41
<i>c)</i> Sclérose atrophique, détruisant le parenchymo	42
<i>d)</i> Pancréatites spécifiques	44
C. — Lésions de l'appareil biliaire et du carrefour sous- hépatique	49
<i>a)</i> Etat du cholédoque.....	49
<i>b)</i> Lésions de la vésicule biliaire.....	53
<i>c)</i> La bile en rétention	55
<i>d)</i> Lésions hépatiques	56
<i>e)</i> Lésions inflammatoires associées	58
Chapitre III. — <i>Les causes de la pancréatite chronique avec ictère</i>	61
A. — Rôle des affections biliaires	63
Mécanisme d'infection du pancréas dans les cholécystites	66
B. — Infections spécifiques	69
<i>a)</i> La syphilis	69
<i>b)</i> La tuberculose	74
C. — Cas indéterminés	76

Chapitre IV. — <i>Symptômes et Diagnostic</i>	83
A. — Syndrome ictère par pancréatite chronique.....	83
a) Période de début.....	84
b) Période d'état.....	86
c) Formes étiologiques.....	88
B. — Eléments de diagnostic clinique.....	89
a) Notion d'un ictère non néoplasique.....	89
b) Absence de tout signe de certitude de cancer.....	90
c) Epreuves de laboratoire.....	91
C. — Essai de diagnostic opératoire.....	92
a) Calcul cholédocien enclavé et masqué par une inflammation de la tête du pancréas.....	92
b) Obstacle au niveau de l'ampoule de Vater.....	94
c) Cancer de la tête du pancréas.....	96
2 ^e Partie. — TRAITEMENT DES PANCRÉATITES CHRONIQUES AVEC ICTERE.....	101
Chapitre I. — <i>Nécessité d'assurer un drainage biliaire</i>	103
a) Laparotomie exploratrice.....	104
b) Opérations pancréatiques.....	109
c) Valeur de la cholécystectomie seule.....	114
Chapitre II. — <i>La cholécystostomie dans le traitement des pancréatites chroniques avec ictère</i>	121
A. — Observations de cholécystostomie.....	122
a) Résultats excellents.....	122
b) Guérison, mais persistance d'une fistulette au-delà de quatre semaines.....	131
c) Fistule biliaire totale ou rebelle.....	135
d) Cas de mort.....	144
B. — Valeur de la cholécystostomie.....	145
Chapitre III. — <i>Les opérations cholédociennes</i>	149
A. — Le drainage à l'extérieur de la voie biliaire principale.....	149
a) Drainage du cholédoque imposé par de très importantes lésions de la vésicule.....	150
b) Drainage du choledoque après incision exploratrice.....	158
c) Drainage du cholédoque fait de propos délibéré....	159
d) Opérations itératives.....	163
B. — Les anastomoses de la voie biliaire principale.....	167
Cas particulier de l'anastomose du cystique.....	169
C. — Le drainage transvatérien du cholédoque.....	171

Chapitre IV. — <i>Les anastomoses de la vésicule biliaire. Etude fonctionnelle de la cholécystogastromie</i>	175
A. — Essai de physiologie des bouches de cholécystogastrostomie.....	178
a) Documents anatomiques.....	179
b) Documents fournis par l'exploration radiologique et chimique des bouches de cholécystogastrostomie.	184
c) Comment fonctionne une anastomose cholécystogastrique?.....	213
B. — Valeur et résultats des anastomoses de la vésicule biliaire dans les pancréatites chroniques avec ictère.	222
a) Valeur théorique de la cholécystogastrostomie.....	222
b) Résultats des anastomoses biliaires dans les pancréatites chroniques avec ictère.....	226
Chapitre V. — <i>Indications opératoires</i>	245
Chapitre VI. — <i>Diagnostic postopératoire</i>	251
A. — Diagnostic après une cholécystostomie.....	252
B. — Diagnostic après une cholécystogastrostomie.....	253
a) Le test « survie prolongée ».....	253
b) Le test « résolution de la tumeur pancréatique »....	256
Conclusions.....	261
Bibliographie.....	265
